

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 151

APPLICATIONS

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

en dehors des Sténoses anatomiques du Pylore

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PINATELLE

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité

Né à St-Etienne, le 18 novembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 151

APPLICATIONS

DE LA

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

en dehors des Sténoses anatomiques du Pylore

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

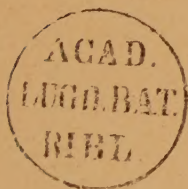
PAR

LOUIS PINATELLE

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon et de la Maternité de la Charité

Né à St-Étienne, le 18 novembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^e

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.	
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.	
Médecine légale	TRIPIER.	
Hygiène	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique	ARLOING.	
Pharmacologie	LACASSAGNE.	
		COURMONT (J.).
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, D ^r ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

1. Hernie inguinale de l'appendice enflammé (*Loire Méd.*, décembre, 1897).
2. Curetage pour rétentions placentaire et fœtale, datant de 5 mois $1/2$ (*Loire Méd.*, mars 1898).
3. Traitement de quelques ulcérations cancéreuses par les badigeonnages d'acide arsénieux (*Loire Méd.*, juin 1898).
4. Observation d'un cas de tétanos mortel, traité par l'injection sous-méningée de sérum antitétanique (En collaboration avec M. Montagnon. (*Loire Méd.*, septembre 1898).
5. Deux observations d'athétose. Athétose à forme paraplégique congénitale; hémiathétose de l'enfance (*Loire Méd.*, septembre 1898).
9. Les hématuries essentielles du rein (*Province Méd.*, 26 novembre 1898).
7. Sur trois cas de pemphigus (En collaboration avec M. Patel, *Lyon méd.*, 29 octobre 1899).
8. Phlegmon gangréneux et gazeux (gangrène gazeuse), au cours d'une fièvre typhoïde (*Lyon Méd.*, 16 septembre 1900).
9. Obstruction intestinale post-typhique (*Lyon Méd.*, 11 novembre 1900).
10. Un cas de kystes gazeux de l'intestin et du péritoine (En collaboration avec M. Vallas, *Lyon Méd.*, 18 août 1901).

11. Sur un cas de *spina bifida occulta*, avec troubles trophiques unilatéraux et hypertrichose lombaire, à distribution métamérique (En collaboration avec M. Gangolphe, *Gazette Hebd.*, 15 décembre 1901).
 12. Sur un cas de phlébite puerpérale, remarquable par des rechutes lointaines et une localisation insolite (*Gazette Hebd.*, 19 déc. 1901).
 13. Deux cas de môle hydatiforme avec vomissements graves (*Gazette Hebd.*, 23 janvier 1902).
 14. Sur un cas d'enfoncement obstétrical de tout le frontal avec fracture, guéri par le relèvement sanglant immédiat (En collaboration avec M. Villard, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1902).
 15. Note sur les organes parasymphathiques de Zuckerkandl (En collaboration avec M. Bonnamour. *Soc. de Biol.* 1902).
 16. De la perforation de l'estomac, dans les ulcères de la petite courbure (En collaboration avec M. Villard et en préparation).
 17. Communications diverses à la Société des Sciences médicales de Lyon (1898-1902).
-

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de saisir cette occasion de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de leurs enseignements cliniques et de leur bienveillance à notre égard.

1^o EXTERNAT

*MM. le professeur M. Pollosson, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ;
Vallas, professeur agrégé, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ;
Clément, médecin des Hôpitaux.
Audry, médecin des Hôpitaux.*

2^o INTERNAT PROVISOIRE

*MM. les professeurs Ollier, Bondet et Weill,
Vinay, médecin des Hôpitaux.*

3^o INTERNAT DE SAINT-ETIENNE

*MM. Blanc, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ;
Montagnon, médecin de l'Hôtel-Dieu.*

4^o INTERNAT

*MM. Rochet, professeur agrégé, chirurgien-major
de l'Antiquaille ;*

Chappet, médecin des Hôpitaux ;

*Le professeur M. Pollosson, chirurgien-ma-
jor de l'Hôtel-Dieu ;*

Lyonnet, médecin des Hôpitaux.

*Vallas, professeur agrégé, chirurgien-ma-
jor de l'Hôtel-Dieu ;*

*Gangolphe, professeur agrégé, chirurgien-
major de l'Hôtel-Dieu ;*

*A. Pollosson, professeur agrégé, chirur-
gien-major de la Charité ;*

Le professeur Jaboulay.

*Nous remercions également bien vivement nos
premiers guides dans les études médicales, notre cher
beau-frère Barjon, médecin des Hôpitaux et M. Mar-
tel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne ;
puis MM. Delore et Bonne ; nos amis Bernoud et
Planchu, qui furent nos conférenciers d'externat et
d'internat.*

*A la Faculté, MM. les professeurs Renaut et
Pollosson, qui nous ont si bienveillamment accueillis
dans leurs laboratoires, ont droit à toute notre grati-
tude, ainsi que M. le professeur Testut.*

*Que M. le professeur agrégé Nové-Josserand, à qui
nous sommes doublement redevable comme malade et
comme élève, veuille bien agréer l'expression de
notre profonde reconnaissance.*

Enfin, nous tenons à remercier tout spécialement ici M. le professeur Jaboulay, dans le service duquel nous avons le bonheur de finir notre internat, de l'honneur qu'il nous fait de nous inspirer cette thèse et d'en accepter la présidence.

Merci à nos bons camarades, Laroyenne, Servonnat, Trillat, Vacher et Viannay, qui ont mis si complaisamment à notre service leur connaissance des langues étrangères.

HISTORIQUE

La gastro-entérostomie vient d'atteindre à sa vingt-unième année. Peu d'opérations ont eu, assurément, une aussi belle et féconde jeunesse.

Depuis la première tentative de Wölfler, en 1881, elle s'est peu à peu répandue et perfectionnée, au point d'être devenue aujourd'hui, sans conteste, la plus commune et souvent la plus innocente des interventions gastriques, avec lesquelles elle entre en parallèle.

Déjà, en 1896, Haberkant (*Arch. f. Klin. Chir.*) arrivait à un total de 298 gastro-entérostomies publiées. Ce chiffre était porté, deux ans après, à 550 par Chlumsky (*Arch. f. Klin. Chir.*). Aujourd'hui, les cas ne se comptent plus ; ils se chiffraient évidemment par milliers ; la plupart ne se publient plus. Mayo Robson vient, néanmoins, en 1901, d'en recueillir 1978, publiés. La diffusion rapide de cette intervention a coïncidé avec une diminution certaine de sa mortalité opératoire et de ses complications, relevant des nombreux perfectionnements apportés à sa technique et sur le sens de laquelle nous aurons à revenir.

La gastro-entérostomie, depuis sa naissance jusqu'à l'heure actuelle, a passé ainsi par trois phases successives :

A. — Dans une première période qui va jusqu'en 1887, elle fait son apparition après les résections gastriques, et se montre, au début, presque aussi meurtrière que celles-ci l'étaient, moins radicale d'autre part; elle ne tarde pas à encourir une réprobation assez générale, ainsi que l'on voit par le mémoire de Saltzmann qui lui donne une mortalité de 66 % (*Centrabl. f. Chir.*, 1886).

B. — Mais, voici qu'à partir de 1887, la gastro-entéro-anastomose (qui fait peu à peu son expérience et dont les procédés se transforment sans cesse), reprend victorieusement et au-delà la place perdue et nous donne des statistiques auxquelles l'on n'était pas habitué jusqu'alors dans les sténoses pyloriques. Sans détrôner la pylorectomie et les résections gastriques, elle en restreint de plus en plus les indications pratiques à des cas définis. Ce retour à la gastro-entérostomie est surtout marqué par le mémoire de Rockwitz (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1887), et les importants articles de Chlumskij, dans les *Beitr. f. Klin. Chir.*, de 1898 et 1900.

Malgré les nombreux documents accumulés par Guinard (Th. Paris, 1898), en faveur des résections gastriques, la gastro-entérostomie n'a rien perdu depuis, si l'on en juge par le nombre de travaux qu'on lui a consacrés, tant en France qu'à l'étranger.

C. — Enfin, depuis quelques années, la gastro-entérostomie commence à sortir du cadre des sténoses organiques du pylore, auxquelles seules elle avait été appliquée jusqu'ici.

Küsster, en 1894 et Doyen, en 1895, en montrent les bons effets dans les hématomés graves de l'ulcère.

Elle est employée comme opération complémentaire de la suture des perforations gastriques, par Von Eiselsberg, 1895.

Elle réclame quelques cas rares de périgastrite étendue, de dislocation d'estomac et de ptose.

Elle veut s'adresser aux lésions gastriques non sténosantes, à l'ulcère en particulier, avec Kusster et Krogus, en 1894, Doyen, en 1895; et, par la mise au repos de l'estomac et le drainage déclive de ses sécrétions, mettre ses lésions dans les meilleures conditions de guérison spontanée et en prévenir les complications.

Enfin, elle réclame également les hyperchlorhydries graves et quelques cas de maladie de Reichmann; elle prétend même s'adresser, avec Defontaine (*Arch. prov. de Chir.*, 1897), aux dyspepsies rebelles en général.

N'y a-t-il pas, là, quelque exagération? La gastro-entérotomie a-t-elle donné, dans ces diverses conditions, ce qu'on en avait attendu? Qu'est-on en droit de lui demander à l'avenir, en dehors des sténoses anatomiques du pylore, son indication majeure et incontestée?

C'est ce qu'il nous a paru intéressant de rechercher dans une étude critique d'ensemble, dont cette modeste thèse ne peut être qu'une ébauche, et dont nous nous proposons de reprendre, par la suite, quelques côtés intéressants.

INTRODUCTION

Les résultats de la gastro-entérostomie ont fait, dans ces dernières années, l'objet d'un nombre considérable de publications. Nous nous contentons de les consigner ici dans notre index bibliographique. La plupart, d'ailleurs, ont été résumées dans l'article de Hartmann et Soupault de la *Revue de Chirurgie*, de 1898, dans le livre de Terrier et Hartmann, de 1899. Degorce, enfin, vient de les rappeler dans sa thèse de cette année. Nous ne voulons donc ici que résumer brièvement quelques points acquis utiles à notre sujet.

1^o *Gravité opératoire.*

C'est un fait indéniable que la mortalité de la gastro-entérostomie s'est considérablement abaissée, sous l'influence des perfectionnements techniques nombreux qu'elle a subis et sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre. Les premières statistiques donnaient une mortalité considérable. 66 % Saltzmann,

en 1886 ; 53 % Wilhelm, en 1893 ; Haberkant 42 % en 1896.

Puis vinrent celles de Czerny, 32 % en 1897 ; Mikulicz, 27 % en 1896 ; Doyen, 24 % en 1894 ; Carle et Fantino, 24 % en 1898.

La statistique globale réunie par Chlumsky en 1898, donne 550 cas dont 212 morts, soit 38 1/2 % (dont 65 % jusqu'en 1885 ; 47 % de 1885 à 1890 ; 34 % depuis 1890).

Celle de Mayo Robson, en 1901, donne sur 1978 gastro-entérostomies pratiquées, 36 % de mortalité globale.

Mais cette mortalité générale est peu instructive, car, ainsi que le fait, très justement d'ailleurs, remarquer Guinard, dans sa thèse, la gastro-entérostomie est une opération qui, la plupart du temps, se présente comme une intervention d'urgence, et que l'on ne refuse pas à des moribonds ; l'acte opératoire se charge ainsi d'une mortalité extrinsèque et qui ne lui est pas directement afférente. Aussi les résultats de cette opération (après défalcation des cas de sténoses cancéreuses) se bonifient-ils singulièrement.

Ainsi la statistique nouvelle de Chlumsky donne :

De 1884 à 1899, 155 cas, dont :

115 cancers avec une mortalité de.....	35 %
34 affections bénignes »	5 à 6 %

De 1897 à 1899 seulement 78 cas, dont :

55 cancers, avec une mortalité de.....	36 %
23 affections bénignes »	4,35 %

Demême Czerny. (*Beitr. f. Klin Chir.*, 1899, t. 30, I.)

47 cancers, mortalité.....	38 %
15 autres cas » » 	11 %

Et. Carle (*Arch. f. Klin Chir.*, 1897).

24 cancers, mortalité.....	37, 5 %
27 autres cas » » 	7 %

Plus récemment, dans les affections non cancéreuses, Hartmann n'a eu que 4 morts sur 27 cas; Terrier, 1 sur 19; Pantaloni, 0 sur 25; W. Mayo, 1 sur 15; Petersen, 59 succès consécutifs; Carle, 1 mort sur 44 cas; Kaiser, de Berlin, 15 succès consécutifs en 1902.

On voit ainsi que la mortalité de la gastro-entérostomie dépend surtout, entre des mains exercées, de l'état général du sujet. Pour les cancers, elle est encore élevée et décroît lentement. Dans les autres affections, elle est devenue très faible et s'abaisse chaque jour. Elle doit rester certainement au-dessous de 3%, à l'heure actuelle et sera bientôt pratiquement nulle. La péritonite et le *circulus vitiosus* resteront de très rares accidents attribuables à des défauts de technique.

2° *Fonctionnement ultérieur de l'estomac.*

Mais, comment va fonctionner ultérieurement l'estomac gastro-entérostomisé? Nous ne rappellerons pas ici les modifications de la muqueuse du néopylore, bien étudiées récemment par notre ami Cade (Thèse de Lyon, 1900-1901), mais seulement celles de la motilité et de la sécrétion gastriques,

d'après les conclusions de Terrier et Hartmann et de Degorce qui résument tout ce qui a été dit sur la question.

On avait pensé, tout d'abord, mettre l'estomac au repos par la gastro-entérostomie d'une façon toute mécanique, par la création d'un trou béant au point déclive de sa cavité. Une telle disposition ne serait pas à souhaiter; il est probable que cette suppression fonctionnelle de l'estomac entraînerait des troubles graves de la nutrition; c'est elle qui a causé, sans doute, les quelques cas de mort par diarrhée profuse que l'on a observés au début, et que l'on redoute parfois un peu théoriquement des gastro-entérostomies actuelles.

Très rapidement, en effet, ainsi que le démontrent un nombre considérable de travaux accumulés sur la question, le nouveau pylore devint *continent*. Terrier et Hartmann ne citent que deux exceptions à cette règle, auxquelles ils ajoutent un cas de M. Devic. Le séjour des aliments dans l'estomac ne serait même pas diminué, sauf pour Carle et Fantino; de même la stase à jeun ne disparaît que très lentement, dans les sténoses anciennes, par l'amélioration progressive de la motilité stomacale. L'estomac gastro-entérostomisé n'est donc pas le tonneau des Danaïdes, rêvé à tort par quelques-uns des premiers chirurgiens, redouté par quelques médecins actuels. Pour notre part, nous n'avons trouvé qu'une seule fois l'estomac vide vingt minutes après un repas d'épreuve. Or, c'était au quinzième jour d'une gastro-entérostomie postérieure au bouton,

et celui-ci devait être encore en place ; il ne fut expulsé que quelques jours après.

Aussi admettons-nous, avec les auteurs précités, ces conclusions de Bourget, de Lausanne, au 12^e Congrès International de Paris, 1900, qui, parlant de l'action de la gastro-entérostomie (dans les sténoses pyloriques), dit : « Le fonctionnement antérieur de l'estomac est considérablement modifié. L'évacuation du contenu stomacal est assurée, elle se fait normalement et *rythmiquement*, comme si elle était réglée par un pylore normal. La durée du travail de digestion chez l'opéré (après guérison du traumatisme chirurgical) est la même que chez l'individu normal. L'estomac reprend *peu à peu* son volume et sa situation normale. »

Il n'est donc pas nécessaire d'invoquer l'incontinence du nouveau pylore pour expliquer la mise au repos de l'organe et l'amélioration de ses lésions dans plusieurs cas, par la gastro-entérostomie. La déclivité de l'orifice, la cessation du spasme de l'ancien pylore suffisent à en rendre compte, et, d'ailleurs, les faits sont là.

Quant au reflux de la bile, si constamment signalé, dans les procédés par anastomose latérale, il disparaît peu à peu et n'a aucune importance dans la majorité des cas ; il ne devient inquiétant que lorsqu'il s'associe aux vomissements incoercibles, alors symptomatique du *circulus vitiosus*.

Enfin, la sécrétion gastrique subit, après la gastro-entérostomie, des modifications variables, habituellement dans le sens de la diminution de l'hyperacidi-

dité, et du retard de la sécrétion après le repas d'épreuve. D'ailleurs, nous renvoyons pour tous ces points aux articles précités où l'on trouvera tous les matériaux de la question.

3^o *Résultats éloignés.*

Trois choses seraient ici à étudier, et sur lesquelles les matériaux que nous possédons sont beaucoup moins nombreux.

A. — Du côté de l'intestin, la fréquence des ulcères peptiques du jéjunum qui ont été signalés et sur lesquels on est encore tout récemment revenu au dernier Congrès de la Société allemande de Chirurgie.

B. — Du côté du néopylore, la durée de sa perméabilité et de son fonctionnement normal.

C. — Du côté de l'estomac, l'évolution des lésions gastriques traitées par la gastro-entérostomie.

1^o *Ulcères peptiques du jéjunum.*—Ces cas, publiés en Allemagne, sont actuellement au nombre de 13 à notre connaissance. Ce sont ceux de :

BRAUN, 1 cas (*Verhandlung d. Deutsch. Ges. f. Chir.*, 1899); après 11 mois, terminé par perforation (In *Rev. de Chir.*, 1899).

KAUSCH, 2 cas. *Ibid.* 1899 et 1900.

KÖRTE, 1 cas. Demonstration eines Ulcus pepticum nach gastroenterostomie wegen Magenulcus. (*Ibid.*, 1900); après 3 ans.

STEINTHAL, 1 cas. Multiple perforirende Ulcera des Jejunum nach gastroenterostomie. *Ibid.*, 1900.

HADRA, 1 cas. *Ibid.*, 1900.

KOCHER, 1 cas, après un an; excision et guérison (31^e Congrès de la Soc. all. de Chir., 1902).

HEIDENHAIN, 1 cas, intervention.

KRÖNLEIN, 1 cas, après 4 ans.

HAHN, 3 cas.

Nous n'avons pu malheureusement remonter aux sources et savoir si ces cas sont secondaires à des gastro-entérostomies faites pour ulcères en activité ou toute autre affection. Dans cette dernière hypothèse où la répartition de ces complications se ferait sur l'ensemble des gastro-entérostomies pratiquées, la proportion en serait bien faible et ne grèverait pas beaucoup les statistiques de ces opérations. Nous ignorons également le procédé employé.

2° *La durée de la perméabilité et le fonctionnement ultérieur du néopylore* serait le second point à déterminer.

Dans la plupart des autopsies, on a pu constater, souvent après plusieurs années (10 ans dans le cas de Bowremann Jessett, et dans beaucoup d'autres) la perméabilité de la bouche gastro-intestinale, et les cas où une réintervention est devenue nécessaire concernent le plus souvent des opérations pour cancers, avec envahissement néoplasique de l'orifice créé.

On a vu pourtant la rétraction cicatricielle simple rétrécir et parfois oblitérer le néopylore, et l'on a alors incriminé, soit les dimensions premières données à cet orifice, soit l'emploi de tel ou tel procédé opératoire (sutures ou bouton par exemple.)— Une discus-

sion de technique sortirait du cadre de notre étude.

Les intéressantes recherches de Kelling (*Archiv. f. Verdauungs Krankheiten* 1900) qui a vu très fréquemment se fermer les néopylores établis expérimentalement sur des chiens, montrent d'ailleurs la question sous un jour nouveau. Pour lui, cette oblitération spontanée (hors des envahissements néoplasiques) serait attribuable, moins au procédé opératoire et aux dimensions premières de la bouche créée comme on l'avait dit jusqu'alors, qu'au fonctionnement ultérieur du pyløre normal. Dans les sténoses vraies, où celui-ci est oblitéré, l'orifice gastro-intestinal n'aurait pas de tendance à l'oblitération; celle-ci serait, au contraire, relativement fréquente quand le pyløre est resté ou redevient perméable. Nous verrons plus loin quelles déductions thérapeutiques Kelling tire de ces expériences, *a priori* conformes en tous cas à ce que nous savons de la physiologie pathologique générale des fistules des conduits naturels.

Il se peut donc que les orifices de gastroentérostomie établis en dehors des sténoses anatomiques du pyløre (comme dans les cas que nous visons ici) s'obturent plus facilement par la suite — et ce serait là un point à établir par les autopsies. — Rien ne prouve *a priori* que cette oblitération ait des inconvénients, et qu'une anastomose temporaire ne puisse suffire, dans ces cas, à la façon de la cystostomie temporaire dans les cystites douloureuses.

3^o *L'évolution des lésions gastriques traitées par la*

gastro-entérostomie fera l'objet de cette thèse. Le sujet n'est pas neuf et nous aurons de nombreux matériaux à classer, n'apportant nous-même que quelques observations personnelles. Nous y verrons de nombreuses améliorations, un grand nombre même de guérisons confirmées. Notre but sera de déterminer ainsi celles des affections gastriques non sténosantes (1) qui, rebelles au traitement médical ou en imminence de complications, peuvent relever de la gastro-entérostomie, être améliorées ou guéries par elle. Nous étudierons successivement la gastro-entérostomie (faisant absolument abstraction du côté technique et du procédé employé dans chaque cas).

A. — Dans les dyspepsies : hyperclorhydrie et *maladie de Reichmann*.

B. — Dans les accidents aigus gastriques : *hémorrhagies*, perforations.

C. — Dans les lésions chroniques de l'estomac en évolution : *Ulcère* et incidemment cancer non sténosants.

D. — Dans les lésions mécaniques de l'estomac (extrapyloriques) : Estomac biloculaire. Adhérences. Dilatations et ptose.

(1) Nous éliminons en effet, de notre sujet, la pathologie duodénale.

Index bibliographique

- BOAS. — Traité des maladies de l'estomac, 2^e éd., 1901.
- BOURGET (de Lausanne). — Discussion in Congrès international de Médecine (Section de Chirurgie), 1900.
- CADE. — Modifications de la muqueuse gastrique au voisinage du nouveau pylore dans la gastro-entéro-anastomose expérimentale (Thèse Lyon et *Comptes-Rendus de la Soc. de Biol. Paris*, 1900, LII).
- CARLE et FANTINO (*Archiv. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1898, t. LVI).
- CHLUMSKY. — Ueber die Gastroenterostomie. Statistische und Experimentale studien (Beitrage z. Klin. Chir. Tübingen, 1898).
- CHLUMSKY. — Erfahrungen über die Gastroenterostomie. (Beitrage z. Klin. Chir., 1900).
- DEBOVE et SOUPAULT. — Contribution à l'étude des fonctions de l'estomac, étudiées chez un malade ayant subi la gastro-entérostomie pour cancer (*Bull. Acad. Méd.*, 1895).
- DEGORCE. — Indications et résultats de la gastro-entérostomie dans la gastro-succorrhée (Th. Paris, 1901-1902).
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections non cancéreuses de l'estomac. Comm. à la Soc. belge de Chir. (*Flandre Méd.*, 1894).
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, Paris 1895.
- FISCHER. — Observations on the gastric fonctions befor and after gastroenterostomy. (*Med. Rec. N.-York*, 1900, LVIII).
- GHERARDI. — Considerazioni cliniche sperimentali sulla patogenesi delle alterazioni gastriche consecutive alle stenosi benigne del piloro, e scudi resultati prossimi e remoti della gastroenterostomia e piloroplastica (*Clin. Chir. Milano*, VIII).

- GUEDJ. — Résultats fonctionnels éloignés de la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore. (Th. Paris, 1898).
- HARTMANN et SOUPAULT. — Résultats éloignés de la gastro-entérostomie (*Rev. de Chir.*, 1899).
- HAYEM. — Que devient la digestion gastrique après la gastro-entérostomie? (*Bull. Soc. de Méd. des Hôp.*, 1895).
- KADER. — Ueber die in der Mikuliez'shen Klinik ausgeführten Magenoperationen (*Berlin Klin. Woch.*, 1897).
- KELLING. — Zur chirurgie der chronischen nicht malignen Magenleiden (*Arch. f. Verdauungskr, Berlin*, 1900).
- KOCHER. — 31^e Congrès de la Soc. all. de Chir., 1902.
- KOWESI. — Einfluss der Gastroenterostomie aus die Secretions vorgange der Magens (*Münch Med. Woch.*, 1898).
- MAHAUT. — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entérostomie pour sténoses du pylore. (Th. Lyon, 1895-1896).
- MATHIEU. — La digestion stomacale après la gastro-entérostomie (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1895).
- MAYO ROBSON and MONYHAM. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac (Londres, 1901).
- MERKENS. — Endresultate der Gastroenterostomien (*Deutsche Med. Woch.*, 1900, XXVI).
- MINTZ. — *Wiener Klin Woch.*, 1895.
- ROSENWEIM. — Ueber der Verhalten der Magenfonction nach Ausführung der Gastroenterostomie (*Deutsch. Med. Woch.*, 1895).
- SOREL du Havre. — Contribution à l'étude des indications et résultats opératoires de la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac.
- TAVEL. — Le reflux dans la gastro-entérostomie (*Rev. de Chir.*, 1901).
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'Estomac, Paris 1899.
- TRICOMI. — Le rôle de la sonde stomacale et les indications de la gastro-entérostomie (*Méd. Mod.*, 1900, XL).

TALMA. — Les indications des opérations stomacales (*Berlin. Klin. Woch.*, 1895).

TORGNON. — La gastro-entérostomie en France (Th. Paris, 1892-93).

TUFFIER. — *Soc. de Chir.*, 1897 et *Presse Méd.*, 1898.

WASSILIEFF. — Importance de la gastro-entérostomie dans la chirurgie de l'estomac (*Archives de Chir. Russe*, 1896).

CHAPITRE PREMIER

DYSPEPSIES

I. — Hyposthénies.

(Atonies, gastrites chroniques, dyspepsies nerveuses.

Au cours de ces dernières années, on a voulu employer la gastro-entérostomie d'une façon presque systématique dans un grand nombre d'états gastriques divers, et l'ériger pour ainsi dire, en méthode générale de traitement des dyspepsies rebelles.

Il y avait là une prétention manifestement exagérée, que l'examen consciencieux des faits et des résultats obtenus, ramène, après un premier engouement, à de plus justes proportions. Quelques malades ont bénéficié de l'intervention, tantôt radicalement guéris, tantôt améliorés; d'autres n'en ont retiré aucun soulagement ou même ont vu leur état s'aggraver. Il importe donc de ne pas intervenir à la légère et de se rendre un compte exact de la situa-

tion du malade, de savoir, en un mot, si sa dyspepsie relève, oui ou non, de la gastro-entérostomie, après échec des moyens médicaux.

Quand on étudie les observations publiées, on remarque bien vite que, à quelques exceptions près, elles se divisent assez exactement en deux grandes catégories. La première comprend les dyspepsies d'ordre moteur : atonie, dilatation, etc. ; la plupart des malades n'ont aucunement bénéficié de l'intervention. La seconde se rapporte surtout aux dyspepsies d'origine sécrétoire : hyperchlorhydrie, hyper-sécrétion ; presque tous les malades ont été ou guéris ou améliorés. Il y a donc là une première sélection qu'il importe d'approfondir.

Parmi les malades de la première catégorie, nous trouvons surtout des névropathes, des hystériques, des neurasthéniques, chez lesquels l'atonie gastrique a été le facteur principal des accidents. Ces malades ont présenté tout un ensemble de manifestations gastriques, caractérisé par des digestions lentes, difficiles, de la pesanteur après les repas, des ballonnements, des éructations, des flatulences, parfois quelques vomissements. Les parois de l'estomac sont molles, flasques ; on obtient facilement du clapotage, voire même de la succussion. Ces malades sont des dilatés et des dilatés sans sténose ; ils ne présentent jamais le syndrome pylorique.

La sécrétion gastrique est aussi profondément troublée, mais toujours par défaut. Ce sont des hypopeptiques, des hypochlorhydriques ou même des anachlorhydriques. Ces malades sont parfois

gravement atteints; ils s'alimentent fort mal, l'état général s'en ressent peu à peu; ils dépérissent, ils maigrissent, ils se cachectisent. Le courant qui les entraîne est fort difficile à remonter, et c'est justement parce qu'ils épuisent souvent sans bénéfice la patience et l'arsenal thérapeutique du médecin, qu'on a cherché à les faire bénéficier d'une intervention.

Mais la gastro-entérostomie n'a pas eu, non plus, d'heureux résultats, ainsi qu'en témoignent les observations publiées, puisque, sur dix-huit cas réunis, nous allons avoir à enregistrer une seule guérison complète (Pantalonì), deux améliorations lente ou incomplète (Pantalonì, Weir.), treize résultats nuls (1 Hartmann et Soupault, 2 Pantalonì, 10 Soupault), deux aggravations enfin (Soupault).

Malgré que l'atonie confine de près à la dilatation, malgré que la gamme clinique qui relie ces états rende bien un peu arbitraire le partage entre eux des observations publiées, nous croyons que cette distinction s'impose. La dilatation gastrique constituée, qu'elle soit secondaire à l'atonie et aux gastrites chroniques, ou qu'elle soit primitive (ptose et dislocation) est, en effet, souvent la rubrique commune à bien des observations diverses; c'est aussi le symptôme commun contre lequel ont été tentés divers procédés qui s'opposent ou s'associent à la gastro-entérostomie. Nous l'étudions donc plus loin, ne retenant ici que la simple atonie, élément si fréquent des hyposthénies gastriques, qui sont presque toujours en effet des troubles de motilité et de sécrétion réunies.

Observations

1. — PANTALONI (*Arch. prov. de Chir.*, 1899, obs. 2).

Gastrite chronique alcoolique. Dilatation stomacale. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire. Mort, six mois après, de tuberculose pulmonaire.

Femme, 35 ans.

Symptômes de gastrite chronique ancienne : pesanteur, dyspepsie, pituites, puis vomissements. Stase alimentaire, amaigrissement.

Laparotomie. Estomac dilaté ; pylore souple, normal. Gastro-entérostomie postérieure en Y.

Guérison des douleurs et des vomissements, mais mort par tuberculose six mois après.

2. — PANTALONI (*Arch. prov. de Chir.*, 1899, obs. 7.)

Dilatation de l'estomac. Stase alimentaire et anachlorhydrie.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Femme, 38 ans.

Douleurs et dyspepsie, avec amaigrissement de 15 kilog. Dilatation d'estomac avec stase alimentaire. Anachlorhydrie.

Laparotomie. Dilatation de l'estomac, sans néoplasme. Pylore souple et extensible.

Gastro-entérostomie Guérison opératoire et fonctionnelle.

3. — PANTALONI (*Arch. prov. de Chir.*, 1899, obs. 5).

Dyspepsie nerveuse et spasme pylorique. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire. Résultats nuls.

Femme, 48 ans.

Douleurs d'estomac depuis quelques années, éructations, dilatation stomacale et stase alimentaire. Amaigrissement de 20 kilog. Pas d'hématémèses.

Gastro-entérostomie. Guérison opératoire. Résultats nuls.

4. — HARTMANN et SOUPAULT (*Revue de Chir.*, 1899, t. 19, obs. 20).

Dyspepsie nerveuse. Gastro-entérostomie. Résultats nuls.

Homme, 29 ans.

Douleurs depuis 5 ans.

Tableau de la dyspepsie nerveuse banale : pesanteur, pyrosis.

Vomissements alimentaires depuis trois ans. Neurasthénie.

Alternatives d'aggravation et de rémission.

Laparotomie. On ne trouve rien à l'estomac, ni au pylore.

Gastro-entérostomie.

Résultats absolument nuls. Le malade continue à souffrir et à maigrir. Clapotage, hypopepsie. Tableau de la dyspepsie nerveuse.

5. — Robert WEIR (*Philad. Méd. Journ.*, 1900).

Dilatation de l'estomac, sans sténose pylorique.

Homme, 40 ans.

Douleurs après les repas, pesanteur, lassitude, nausées.

Ni vomissements, ni hémorrhagies.

Estomac descendant à 2 cent. au-dessous de l'ombilic.

Rein mobile.

Gastro-entérostomie. Guérison des douleurs.

6. — TERRIER (*Congrès de Chir.*, 1901, ob. 15).

Gastrite alcoolique ; stase et dilatation.

Femme, 63 ans, éthylique.

Troubles gastriques depuis huit ans.

Douleurs, régurgitations acides, vomissements alimentaires.

Stase gastrique, pas de tumeur.

Gastro-entérostomie le 6 juillet 1901.

Mort au neuvième jour : accidents cardiaques, anurie, pas d'autopsie.

7 à 17. — SOUPAULT (*Actualités Médicales*, 1902). — Signale 13 cas de dilatation simple atonique de l'estomac, douleurs intenses, vomissements hypochlorhydrie, dyspepsie nerveuse et cachexie.

Douze cas furent gastro-entérostomisés.

Tous, résultats nuls. Aucun succès. Deux aggravations.

(La gastro-entérostomie ne conviendrait qu'aux dilatations d'origine pylorique par sténose ou spasme.)

18. — PANTALONI (*Arch. prov. de Chir.*, 1901, obs. 19).

Ancien ulcère de l'estomac chez une hystérique.

Dilatation et dislocation verticale avec stase alimentaire.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire.

Femme, 44 ans.

Troubles dyspeptiques datant de 7 à 8 ans ; méloëna.

Renvois acides et vomissements. Stase alimentaire.

Constipation, amaigrissement. Nervosisme extrême, stigmates d'hystérie.

Laparotomie. Dislocation verticale de l'estomac, pylore normal.

Guérison opératoire. Plus de vomissements. Amélioration lente à se produire.

II. — Hypersthénies.

(*Hyperchlorhydrie et maladie de Reichmann.*)

Les malades qui ont retiré un véritable bénéfice de la gastro-entérostomie appartiennent presque tous à la variété des dyspeptiques hypersthéniques. Ce sont des hyperchlorhydriques ou des hypersécréteurs. Ils sont faciles à reconnaître par leur histoire clinique et leur symptomatologie tout à fait caractéristique. Ils

présentent nettement les grandes crises douloureuses hyperchlorhydriques, survenant tardivement, trois à quatre heures après le repas, s'accompagnant de sensations de brûlure intense, avec éructations âcres et douloureuses, pour se terminer par un grand vomissement acide et amer tout à la fois, auquel succède un soulagement. Ces crises, d'abord espacées, survenant à intervalles irréguliers, séparées d'abord par des mois, puis par des semaines, puis par des jours, se rapprochent jusqu'à devenir, pour ainsi dire, continues et subintrantes, quand l'hypersécrétion s'ajoute à l'hyperchlorhydrie qui la précède toujours. La constipation est opiniâtre.

Le syndrome pylorique est fréquent chez ces malades, que la sténose soit consécutive à un ulcère créé de toutes pièces par le trouble sécrétoire, qu'elle soit, au contraire, le résultat d'un spasme intermittent provoqué par la sensibilité douloureuse du vestibule pylorique.

On n'admet plus guère, dans ces cas, l'hypothèse d'une névrose des nerfs sécrétoires (le traitement par l'atropine a donné peu de succès; le rôle du système nerveux sur la sécrétion et, en particulier, sur la sécrétion chlorhydrique, est assez mal connu). Pour la même raison, on a, à peu près, abandonné la conception de Hayem, qu'il édifie sur une base anatomique, d'ailleurs fort discutée, la gastrite parenchymateuse hyperpeptique.

On incrimine plutôt aujourd'hui les spasmes du pylore et l'hyperesthésie de la muqueuse pour expliquer les accidents. La sténose organique ou fonc-

tionnelle (simple spasme) agit en empêchant le contenu stomacal de se vider dans l'intestin et le séjour prolongé des sucs irritants au contact des glandes gastriques excite ces dernières et provoque une exagération de sécrétion.

Pour les uns, en effet (Verhaeghen, Sansoni), certains individus présenteraient, au niveau de leur muqueuse gastrique, une hyperesthésie particulière à l'acide chlorhydrique. Cette mise en jeu de sensibilité pourrait provoquer, par voie réflexe, le spasme du pylore et des phénomènes douloureux très intenses dans la cavité de l'estomac.

D'autres ont supposé et parfois trouvé, au cours d'une intervention, de petits *ulcères pyloriques ou péri-pyloriques*.

N'est-ce pas l'opinion d'un grand nombre d'auteurs (de M. Bouveret en particulier) que l'ulcère de l'estomac n'est point une affection autonome, mais, bien plus souvent, un accident, un degré ultime dans l'évolution des hyperchlorhydries et des hypersécrétions rebelles ? En tous cas, l'ulcère péri-pylorique latent nous apparaît dans ces cas comme la véritable *fissure du pylore*, donnant bien l'explication du spasme de cet orifice et des troubles ultérieurs.

Quoi qu'il en soit de ces questions controversées, si le *pylorisme* n'est pas un élément constant de l'affection, c'est contre lui que paraît agir la gastro-entérostomie et c'est dans ces cas qu'elle a donné, après insuccès du traitement médical, de nombreux succès, ainsi que le prouvent les observations suivantes.

Observations

1. — PICHANCOURT (*in* Doyen, *loc. cit.*, Obs. XI).

Homme, 39 ans. Gastralgie à 16 ans.

Vomissements depuis l'âge de 26 ans.

Maladie de Reichmann : deux ou trois vomissements par jour, depuis un an, avec périodes d'amélioration ; une fois melœna.

Dilatation gastrique.

Amaigrissement de 10 kilog en 10 ans.

Laparotomie (janvier 1893).

Estomac paraît sain.

Section transversale du pylore, simplement contracturé et suture des deux bouts.

Gastro-entérostomie. Guérison.

2. — DOYEN (*Ibid.*, p. 338).

35 ans. Maladie de Reichmann. Gastro-entérostomie en 1894. Guérison.

3. — DOYEN (Traitément chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, 1895, p. 335).

27 ans. Maladie de Reichmann, dilatation de l'estomac et contracture du pylore.

Gastro-entérostomie en 1892. Guérison.

4. — DOYEN (*Ibid.*, p. 336).

28 ans. Maladie de Reichmann. Gastro-entérostomie. Guérison.

5. — HARTMANN et SOUPAULT (*Presse Méd.*, 1898. Obs. VI de Degorce).

Homme, 35 ans. Début depuis cinq ans.

Crises douloureuses très vives et intermittentes.
1 hématémèse. Amaigrissement de 18 kg. en cinq mois.
Douleurs apparaissant deux à quatre heures après le repas,
à la région pylorique.
Vomissements muqueux.
Rétention à jeun de 60 cc. d'un liquide muqueux pur.
Acidité totale : 2, 18.
Gastro-entérostomie postérieure. La vésicule adhère à la
région pylorique ; on ne sent pas de tumeur.
Guérison. Amélioration de l'état général, Plus de dou-
leurs. Embonpoint de 14 kilogs, en moins de sept semaines
Les dimensions de l'estomac ne sont pas modifiées.

6. — HARTMANN et SOUPAULT (*Rev. de Chir.*, 1899. Obs. XIII
de Degorce).

Gastrite ulcéreuse. Gastro-succorrhée. Gastro-entérostomie.
Guérison.
Homme, 35 ans. Pas de dilatation. Amaigrissement de
18 kilog.
Gastro-entérostomie.
Guérison absolue des douleurs et des troubles gastriques
maintenue après trois ans. Embonpoint de 18 kilog.

7. — HARTMANN (Chirurgie gastro-intestinale, 1901. Obs. II
de 1898).

Homme, 35 ans. Troubles gastriques depuis cinq ans ;
depuis cinq mois, douleurs ; depuis trois semaines, vomis-
sements.
Gastro-succorrhée pure.
Gastro-entérostomie postérieure.
Guérison maintenue depuis trois ans.

8. — HARTMANN (*Ibid.* Obs. II de 1900).

Femme, 21 ans.
Début des accidents à 14 ans : douleurs, vomissements.

Amaigrissement considérable. Stase gastrique de 500 gr.
Gastro-entérostomie postérieure.
Guérison maintenue depuis onze mois.

9. — HARTMANN (*Ibid.* Obs. IX de 1900).

Homme, 34 ans. Douleurs, gastro-succorrhée, amaigrissement.

Gastro-entérostomie postérieure.
Guérison maintenue depuis six mois.

10. — DEMOULIN et MEUNIER (Obs. I de Degorce).

Gastro-succorrhée. Syndrome pylorique. Gastro-entérostomie. Guérison.

Homme, 42 ans.

Début à l'âge de 17 ans ; aggravations et améliorations successives.

Lavages fréquents de l'estomac.

Crises douloureuses très violentes, survenant trois fois par jour et surtout dans la nuit, vers 10 heures.

Hypersécrétion avec liquide acide le matin.

Gastro-entérostomie postérieure le 10 juin 1900. Pas d'ulcère.

Guérison rapide et complète. Le malade reprit, la même année, ses travaux de culture et l'alimentation ordinaire des cultivateurs. Embonpoint de 11 kilog.

11. — ROUTIER et MEUNIER (Obs. II de Degorce).

Hyperchlorhydrie. Syndrome pylorique. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

Homme, 51 ans.

Douleurs avec régurgitations acides depuis 13 ans.

Quelques hématomèses antérieures.

Vomissements alimentaires survenant trois à quatre heures après le repas, très acides. Amaigrissement de 18 kilog.

Légère dilatation gastrique. Acidité totale : 3,36.

Laparotomie. Cicatrice à la face antérieure de l'estomac, près du pylore.

Gastro-entérostomie.

Guérison. Le malade mange de tout. Embonpoint ; revu neuf mois après.

12. — FISCHER (*Méd. Rec. N. York, 1900. obs. 10 de Degorce*).

Homme, 35 ans.

Signes de sténose bénigne du pylore.

Acidité totale : 1, 4

Dilatation gastrique au dessous de l'ombilic.

Gastro-entérostomie.

Guérison des douleurs et de la dyspepsie, diminution de l'hyperacidité, estomac un peu revenu sur lui-même.

13. — FISCHER (*Méd. Rec. N. York 1900. Obs. 11 de Degorce*).

Homme, 41 ans.

Crises gastriques, même en dehors des repas.

Hyperacidité, dilatation, sténose du pylore probable, stase alimentaire et fermentations.

Gastro-entérostomie postérieure.

Guérison des douleurs. Amélioration de la motilité et diminution de la dilatation. Persistance de l'hyperacidité.

14. — FISCHER (*Méd. Rec. N. York 1900. Obs. 12 de Degorce*.)

Homme, 45 ans.

Hypersécrétion acide, à type intermittent, spasme du pylore, dilatation modérée, acidité totale : 1, 12.

Gastro-entérostomie.

Guérison rapide, diminution de l'acidité.

15. — BRUNNER (*Beitr. z. Klin. Chir., t. XXIX. Obs. 7 de Degorce*).

Femme, 32 ans.

Douleurs. Troubles dyspeptiques. Vomissements une heure à deux heures après le repas. Acidité totale : 2,5.

Rétention de liquide à jeun.

Gastro-entérostomie. L'anneau pylorique semble perméable quoiqu'un peu épaissi ; au cours de l'opération, surviennent plusieurs crampes énergiques du pylore, donnant à la région la dureté du bois.

Amélioration assez lente, mais complète. Hyperchlorhydrie.

16. — WEIR (*Philad. Méd. Journ.*, 1900. Obs. 8 de Degorce).

Homme, 44 ans. Dyspepsie ancienne.

Hyperacidité et dilatation légère.

Stase alimentaire par spasme du pylore.

Gastro-entérostomie.

Guérison immédiate des douleurs, plus d'hyperchlorhydrie.

17. — WEIR (*Philad. Méd. Journ.*, 1900. Obs. 9 de Degorce).

Homme, 24 ans. Douleurs à type pylorique depuis 10 ans.

Hyperacidité et dilatation au-dessous de l'ombilic.

Rétention à jeun d'une demi pinte de suc gastrique, avec (parfois) débris alimentaires.

Gastro-entérostomie. Pylore un peu induré.

Guérison des douleurs. Reprise du régime ordinaire, après vingt jours.

18. — HARTMANN (*Chirurgie gastro-intestinale*, 1901).

Homme, 34 ans. Douleurs. Gastro-succorrhée. Amaigrissement.

Gastro-entérostomie. Guérison maintenue après six mois.

19. — TERRIER (*Rev. de Chir.*, 1901. Obs. 16 de Degorce).

Femme, 29 ans.

Gastro-entérostomie.

Amélioration pendant deux mois, puis rechute.

Mort trois mois après, sans qu'on ait eu des renseignements précis sur les derniers accidents.

20. — TERRIER (*In* Terrier et Hartmann, *loc. cit.* Obs. 14, p. 174).

Gastrite rebelle au traitement médical. Syndrome pylorique. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison, maintenue après dix-huit mois.

Femme, 40 ans.

Douleurs depuis 7 ans, pituites, survenant par crises, trois à quatre heures après le repas, insupportables depuis 3 ans, avec irradiations dorsales.

La malade alitée, vomit tout ce qu'elle prend.

Ni hématemèses, ni mélæna.

Constipation. Amaigrissement de 20 kilogr.

Pas de dilatation, pas de clapotage, ni de péristaltisme.

Quelques troubles nerveux.

Gastro-entérostomie antérieure. Adhérences lamelleuses du pylore.

Amélioration, mais persistance de vomissements.

Réintervention et entéro-anastomose.

Amélioration progressive, puis guérison confirmée au bout de dix-huit mois.

N. B. — Nous classons ici cette observation, à cause du syndrome pylorique et malgré l'hypo-pepsie notée. C'est d'ailleurs un cas intermédiaire au point de vue des résultats; la guérison fut complète, mais survint après une longue période d'amélioration lente.

21. — M. ROBSON, *loc. cit.*, obs. XXI.

Femme, 22 ans.

Douleurs depuis un an. Echec du traitement médical.

Hyperchlorhydrie et maladie de Reichmann.

Opération; gastro-entérostomie en février 1901. Guérison.

22. — M. ROBSON, *loc. cit.*, obs. XXV.

Femme, 27 ans, traitée depuis deux ans sans amélioration pour ulcère gastrique. Maladie de Reichmann.

Opération ; gastro-entérostomie, en février 1901. Guérison.

23. — M. ROBSON, *loc. cit.*, obs. XV.

Homme, 35 ans.

Ulcère depuis deux ans.

Hyperchlorhydrie et dilatation de l'estomac.

Traitement médical bientôt impuissant.

Amaigrissement progressif. Maladie de Reichmann.

Opération ; gastro-entérostomie en février 1900. Guérison maintenue.

24. — TERRIER. (Congrès de Chir. 1901, obs, II).

Hyperchlorhydrie et dilatation de l'estomac.

Femme, 26 ans, souffrant de l'estomac depuis dix ans.

Vomissements calmés par les lavages.

Gastro-entérostomie le 23 février 1900.

Guérison maintenue depuis dix-huit mois. Embonpoint de 9 kilogs.

En résumé, nous avons réuni deux groupes d'observations ; de dix-huit cas dans le premier, de vingt-quatre dans le deuxième.

Dans le premier, celui des atonies, des dyspepsies nerveuses ; nous relevons :

Morts.....	0
Aggravations.....	2
Résultats nuls.....	13
Améliorations lentes ou incomplètes	2
Guérisons	1

Dans le second, celui des hyperchlorhydries et

hypersécrétions avec spasme du pylore ; nous obtenons :

Morts.....	0
Aggravations.....	1
(mort trois mois après, pas de renseignements).	
Résultats nuls.....	0
Améliorations lentes.....	2
(1 incomplète, 1 complète).	
Guérisons.....	21

De plus, de ces vingt et un malades guéris à la sortie de l'hôpital, neuf ont été revus après trois mois, trois mois, six mois, neuf mois, onze mois, dix-huit mois, dix-huit mois, trois ans et trois ans. La guérison s'était toujours maintenue.

On devra donc, en règle générale, s'abstenir de la gastro-entérostomie dans les cas d'hyposthénie gastrique, où nous n'avons à enregistrer à peu près que des insuccès. Il y aurait une exagération manifeste à faire miroiter aux atoniques, aux névropathes, aux ptosés, l'illusion d'une guérison chirurgicale. Il convient seulement de faire ici, peut-être, une exception, pour les grandes dilatations constituées avec fermentations gastriques, rebelles à la sonde, sur lesquelles nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir.

Les hypersthéniques au contraire, hyperchlorhydriques simples ou hypersécréteurs, relèvent bien de la gastro-entérostomie, et sont très constamment guéris ou améliorés par elle, mais il conviendra, avant de les y soumettre, d'exiger d'eux une double condition.

1^o D'avoir essayé sérieusement, à plusieurs reprises, et sans succès le *traitement médical* (bicarbonate de soude, atropine, sonde, etc.), qui en guérit, certes, un très grand nombre à peu de frais, avec quelque patience et quelques exigences diététiques ultérieures. Mais si son inefficacité devient manifeste, on ne laissera pas, dans quelques cas rebelles, les malades maigrir et se cachectiser.

2^o De présenter cette intensité et cette forme des douleurs, ce type des vomissements qui constituent ce que l'on a justement appelé le *pylorisme*, en dehors duquel l'action de la gastro-entérostomie devient beaucoup plus aléatoire.

Telles sont, d'ailleurs, les conclusions de Terrier et Hartmann, de Degorce.

La gastro-entérostomie n'est pas d'ailleurs la seule opération pratiquée dans ces cas, où on lui a opposé d'autre part la divulsion digitale du pylore, la pyloroplastie etc. Mais, sans vouloir faire ici un parallèle (très en dehors du cadre de notre sujet) entre ces diverses interventions, nous dirons simplement que l'on a reproché à la divulsion du pylore d'exposer, en dehors du spasme simple de cet orifice, à des récidives ultérieures. N'en est-il pas ainsi de la pyloroplastie ? Notre ami Plauchu, dans sa thèse (Pyloroplastie, Th. Lyon, 1899), en a réuni quinze cas pour sténoses spasmodiques avec treize guérisons : deux inédites de M. le professeur Jaboulay ; cinq dues à Carle ; deux à Morison ; les autres à Mikulicz, Miller, Terrier, Poncet (Th. Caujole), Doyen, (2 morts).

Les résultats seraient-ils aussi durables dans les spasmes pyloriques *symptomatiques* d'une maladie de Reichmann constituée et rebelle ou d'un de ces petits ulcères pyloriques latents que l'on trouve parfois ? C'est ce que l'on peut se demander en retrouvant, dans notre statistique des ulcères (V. obs. 50, 18 et 50 bis), un cas de divulsion digitale, un cas de pylo-roplastie et un cas de duodénoplastie (que nous en rapprochons), suivis de récides, qui conduisirent secondairement à la gastro-entérostomie.

Index bibliographique

- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
- BRUNNER. — Traitement chirurgical du spasme du pylore et de l'hyperchlorhydrie (Beitrag z. Klin. Chir., XXIX), 3. 1900.
- BUCCO. — Gastro-succorrea, stenosi pilorica con gastrectasia, gastrodigiunostomia (*Nuov. Riv. Clin. Terap.*, Napoli, 1901, IV).
- CARLE et FANTINO. — Les sténoses pyloriques dans leurs rapports avec l'hyperchlorhydrie (*Sem. Méd.*, 1897).
- CHLUMSKY (*Loc. cit.*).
- DEFONTAINE. — De la gastro-entérostomie pour dyspepsies ou gastrites rebelles (*Arch. prov. de Chir.*, 1897).
- DEGORCE (*Loc. cit.*).
- DOYEN. — Congr. de Chir. 1900.
- FISCHER. — *Méd. Rec. N.-York*, 1900.
- HARTMANN. — Chirurgie gastro-intestinale (Paris, 1901).
- HARTMANN et SOUPAULT. — Gastro-succorrhée traitée par la gastro-entérostomie (*Presse Méd.*, 1898).
- LINOSSIER. — Maladie de Reichmann et sténose pylorique (*Sem. Méd.*, 1898).
- NEUMANN. — Zür chirurgischen Behandlung der Magendilatation bei Pilorospasmus und bei Hyperacidität (*Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig*, 1901, LVIII).
- PANTALONI. — 25 cas de gastro-entérostomie en Y pour affections non cancéreuses de l'estomac, susceptibles de guérir par l'opération (*Arch. prov. de Chir.*, 1901).
- PANTALONI. — 15 cas de gastro-entérostomie (*Arch. prov. de Chir.*, 1899).

- ROUX. — Le syndrome de Reichmann (*Gaz. des Hôp.*, 1897).
- SOUPAULT. — Pathogénie et traitement de la gastro-succorrhée (*Bull. gén. de Thérap.*, 1901).
- SOUPAULT. — Les dilatations de l'estomac (*Actualités Médicales*, 1902).
- WEIR. — On the newer applications of gastroenterostomy, in the treatment of Diseases of the stomach (*Philad. Med. Journ.*, 1900, V.).
-

CHAPITRE II

HÉMORRHAGIES & PERFORATIONS

I. — Hémorrhagies gastriques.

Bien que les hématomés, dans les troubles de la circulation porte, soient parfois assez prononcées pour entraîner des désordres graves, bien que quelques opérateurs (Mayo Robson, Petersen, Reichard) aient traité chirurgicalement des malades atteints d'hémorrhagies vicariantes des règles, ou d'hématémèses postopératoires, d'autres (depuis les communications de Dieulafoy), les hémorrhagies soudaines de l'exulcération simple, ce sont presque uniquement les hématomés de l'ulcère chronique que nous aurons ici en vue ; à elles seules en effet, ou peu s'en faut, se rapportent les cas de gastro-entérostomies pratiquées pour hémorrhagies gastriques.

Pronostic et variétés cliniques des hémorrhagies de l'ulcère. — Tous les auteurs s'accordent à con-

clure que la fréquence des hémorrhagies dans l'ulcère simple est de 80 0/0 en moyenne; on conçoit ainsi que la plupart en considèrent l'hématémèse comme un symptôme et non une complication.

Traitées médicalement, ces hémorrhagies entraînent la mort dans une proportion qui varie, suivant les statistiques entre 3 et 11 pour cent (Muller : 11 0/0 ; Welch, de 3 à 5 0/0 ; Brinton 5 0/0 ; Debove et Raymond 5 0/0 ; Steiner 6,36 0/0 ; Lebert 3 0/0 ; Drechfeld 3 1/2 0/0 ; Rodman 8 0/0 . Mayo Robson, 7 0/0).

C'est pour ces cas, rebelles au traitement médical, que l'indication opératoire se pose et se discute; mais quand et comment la gastro-entérostomie peut-elle prétendre à rentrer dans le groupe de ces interventions *hémostatiques* ? La forme et le type de l'hémorrhagie sont ici de la plus haute importance à considérer.

On décrit dans tous les traités de médecine, depuis Bouveret, trois formes d'hématémèses de l'ulcère: la forme foudroyante, la forme grave et la forme légère; mais, en langage chirurgical, on emploie plus volontiers aujourd'hui les expressions d'hémorrhagies aiguës et chroniques, de préférence aux termes signalés plus haut. Ces termes, proposés par Leube et Mikulicz, ont été adoptés par Hartmann, Savariaud, etc.; nous les emploierons exclusivement dans le cours de cette étude, mais il faut savoir qu'ils correspondent aux deux dernières formes de Bouveret.

Le traitement chirurgical des hémorrhagies

gastriques qui apparaissait; il y a une dizaine d'années, comme ne devant pas être mis en pratique de longtemps, suivant le mot de Bouveret, a pris, dans ces derniers temps, une importance que la gravité de l'acte opératoire, la difficulté de la recherche de l'artère dans l'organe, l'état affaibli du malade, semblaient ne devoir jamais lui laisser acquérir.

Les premières tentatives furent malheureuses; les cas de Mikulicz et Gannett, les premiers en date, consistent en une recherche méthodique du point hémorragique, pour en pratiquer la ligature; dans ces deux cas, il y eut deux morts, et les résultats de ces interventions justifiaient complètement la défiance des cliniciens. Les opérateurs se heurtent, en effet, aux difficultés prévues. L'hémorragie gastrique est traitée comme une hémorragie d'un membre; on cherche à s'en rendre maître par une simple ligature; or, l'estomac rempli de caillots ou même vide est d'un examen difficile au travers d'une ouverture réduite au strict minimum, et parfois, son exploration, même complète, ne permet de découvrir aucune lésion. Le point lésé est-il trouvé, que la muqueuse en mauvais état n'offre pas de prises aux pinces qui labourent les tissus et amincissent les parois de l'organe. Ainsi, à la difficulté de la recherche de l'artère, se joint l'impossibilité de profiter de sa découverte.

L'opération primitive se complique; de la ligature simple, on arrive à pratiquer l'excision des tissus malades, ou la ligature en masse; mais, souvent, ces

ligatures sont inutiles, l'hémorrhagie reparait, avec encore plus de gravité; c'est alors que l'on songe à appliquer à l'estomac un drainage complet entraînant un repos absolu de l'organe; et Doyen, en 1895, proclame les bons effets de la gastro-entéro-anastomose, qui, pour lui, doit remplacer définitivement toute intervention directe sur l'ulcère. Les résultats heureux qu'il publie sont comparables à ceux que l'on obtient par la sonde à demeure, dans les hémorrhagies vésicales. Talma, et, la même année, Weir et Foote proposent la même intervention, pour toute hémorrhagie rebelle.

Mais des conclusions aussi absolues ne sont pas acceptées sans conteste; on distingue les hémorrhagies aiguës et les hémorrhagies chroniques qui relèvent d'un traitement tout différent; et les communications de Leube et de Mikulicz, au Congrès des chirurgiens allemands de 1898, les travaux de Mayo-Robson et de Rodmann, en 1900-1901; les communications de Dieulafoy, à l'Académie de médecine, limitent, tout en les précisant, les indications de la gastro-entérostomie dans les hémorrhagies gastriques.

Nous devons avec eux étudier séparément les hémorrhagies aiguës, et les hémorrhagies chroniques.

A. — HÉMORRHAGIES AIGUES.

Savariaud a exposé avec netteté les indications et contre-indications opératoires dans cette variété d'hémorrhagie; il ne parle guère de la gastro-entéro-

anastomose, et n'en rapporte qu'une intervention accompagnée de mort, celle d'Hartmann (V. *infra*. obs. 2).

Nous allons donner, tout d'abord, les observations que nous avons pu recueillir, et nous en tirerons ensuite les conclusions qu'elles comportent.

Observations.

1. — DOYEN (Obs. XVIII Savariaud.

Homme, 40 ans. Symptômes d'ulcère rond depuis 18 ans. Quelques rares hémorrhagies, mais très abondantes. Une nouvelle hémorrhagie très copieuse. Grande faiblesse.

Intervention. — Gastro-entérostomie postérieure simple. Ulcère du pylore.

Guérison complète se maintenant encore deux ans après.

2. — HARTMANN (Observation X Savariaud).

Femme, 30 ans. Hémorrhagies abondantes depuis dix jours. Diagn. : ulcère du pylore. Intervention : exploration de l'estomac négative. Gastro-entérostomie.

Mort le lendemain soir. A l'autopsie, ni péritonite, ni retour d'hémorrhagie. Simple érosion en coup d'ongle, au niveau du pylore.

3. — PETERSEN (cité par Rodmann. *Philadelphia Medical Journal*, 1900).

Hémorrhagies gastriques dues à un ulcère. Excision partielle. Gastro-entérostomie. Guérison.

4. — *Ibid.*

Etat d'anémie aiguë dû à plusieurs hématomés violentes,

et obligeant à différer l'intervention. Deux jours après, nouvelles hématoméses.

Gastro-entérostomie rapide sans rechercher l'ulcère. Guérison.

5. — TUFFIER (Observation inédite. *In* Rodman).

Homme de 30 ans, souffrant de l'estomac depuis dix ans ; sans vomissements ni hémorragies.

Hématémèses aiguës. Gastro-entérostomie. Mort cinq jours après de péritonite.

6. — MAYO ROBSON (*Lancet*, 1901, p. 375. Obs. II).

Hématémèse aiguë due à un ulcère du duodénum ayant érodé l'artère gastro-duodénale. Gastro-entérostomie antérieure avec bouton de Murphy.

Mort au dixième jour. A l'autopsie : péritonite ; pas de nouvelles hémorragies.

7. — MAYO ROBSON (*Lancet*, 1901. Obs. IV).

Femme, 33 ans. 3 Hémorragies abondantes en huit jours. Intervention immédiate.

Exploration de l'estomac et ligature en masse de deux vaisseaux donnant du sang. Gastro-entérostomie postérieure.

Guérison se maintenant six mois après.

Ainsi, sur les sept observations que nous avons pu recueillir, il y a trois morts et quatre guérisons, ce qui représente une mortalité considérable. Mais, si l'on répartit cette mortalité suivant l'opération pratiquée, on voit que les cas de mort se répartissent exclusivement dans les observations où la gastro-entérostomie a été faite isolément ; tandis que, par contre, les deux cas où l'on a pratiqué la gastro-

entérostomie associée avec l'excision de l'ulcère ou sa ligature, on a eu deux guérisons.

Ces faits sont de la plus haute importance pour les indications opératoires de la gastro-entérostomie.

La plupart des chirurgiens, en effet (Mayo-Robson, Rodmann), admettent actuellement que, dans ces formes aiguës, il convient d'aller à la recherche immédiate du point de la muqueuse qui saigne, et d'en pratiquer la ligature; toute intervention qui ne serait pas locale doit rester nécessairement sans effet. On est ainsi en droit de se demander, si, dans les deux cas où l'excision de l'ulcère a été pratiquée, la gastro-entéro-anastomose complémentaire a eu réellement une influence quelconque sur la guérison de l'hémorrhagie.

De plus, on pourrait croire que la mort a été causée chaque fois par le retour de l'hémorrhagie; or, nos deux premières observations montrent qu'il n'en est rien; dans les deux cas, à l'autopsie, on trouva l'estomac vide de sang et le point hémorrhagique bouché par un caillot. Cette constatation donne une grande force à l'opinion de ceux qui pensent que les grandes hémorrhagies s'arrêtent souvent spontanément. Il est évident que, dans ces deux cas, l'arrêt de l'hémorrhagie ne peut être attribué à l'intervention (Savariaud).

En somme, malgré les conclusions de Doyen, Dieulafoy, Petersen, il semble bien que la gastro-entérostomie isolée n'ait pas d'indication précise dans les hémorrhagies aiguës. Associée à la ligature en masse, elle n'est plus destinée à parer à l'hémor-

rhagie ; elle devient une opération complémentaire, destinée à traiter l'ulcère de l'estomac ; son étude sort de ce chapitre, elle se rapporte à celui que nous consacrerons à l'ulcère en évolution.

B. — HÉMORRHAGIES CHRONIQUES

La seconde catégorie d'hémorrhagies qu'il nous reste à étudier est constituée par des hématémèses qui deviennent redoutables par leur fréquence et leur ténacité, entraînant le dépérissement rapide du malade et par l'anémie qu'elles occasionnent et par la suppression de l'alimentation qu'elles nécessitent.

L'opinion des cliniciens est unanime dans ces cas, rebelles au traitement médical le mieux suivi ; aussi, aux Congrès de chirurgie allemands de 1896 et 1902, a-t-on reconnu l'indication opératoire comme formelle dans ces conditions, et a-t-on proposé comme opération de choix la gastro-entéro-anastomose (Leube, Mikulicz Petersen, Küster, etc). Boas, dans la seconde édition de son ouvrage sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac, arrive aux mêmes conclusions ; son expérience personnelle ne s'étend que sur quatre cas, il est vrai, mais sur ces cas il a eu trois guérisons complètes et une amélioration.

Action de la gastro-entérostomie sur l'arrêt des hémorrhagies. — Cette action a été bien étudiée par Savariaud, et c'est à son excellent travail que nous empruntons la plupart des détails qui vont suivre.

L'auteur rappelle que la fistule n'est pas, en effet, un orifice béant ; les repas d'épreuve montrent bien

que les aliments, après l'opération séjournent un temps normal dans l'estomac, et que la digestion stomacale n'est pas supprimée. Il en conclut que la muqueuse gastrique ulcérée n'est pas mise au repos d'une façon absolue et que l'arrêt des hémorrhagies ne doit pas être aussi rapide qu'on veut bien le dire.

Il nous semble, cependant, que ce que Savariaud observe sur les estomacs anastomosés depuis quelque temps ne doit pas être exact quand l'opération est récente ; le nouveau pylore ne s'est pas encore adapté aux nouvelles fonctions qui lui sont dévolues, et l'estomac se vide alors certainement à mesure qu'il se remplit, ainsi qu'il est facile de le constater par les repas d'épreuve ; la gastro-entérostomie utilise alors réellement le drainage parfait et la mise au repos qu'on lui demande pour l'estomac, et ce n'est que secondairement que l'orifice intestinal commence à acquérir ses propriétés de tonicité qui en font un vrai pylore.

Ainsi, c'est en assurant le repos de l'ulcère pendant le temps nécessaire à sa cicatrisation qu'agit la gastro-entéro-anastomose, et ce que nous venons d'exposer peut s'appliquer de tous points au traitement de l'ulcère simple par cette même intervention.

Aussi, il faut conclure que ce n'est qu'indirectement, pour ainsi dire, que l'on guérit l'hémorrhagie ; et que la gastro-entérostomie n'agit que par répercussion sur l'hématémèse.

Cependant, même dans les cas chroniques, si l'ulcération siège sur la grande courbure, ou au niveau de la petite tubérosité, la gastro-entérostomie

n'est pas l'intervention de choix ; on ne doit la pratiquer que par nécessité, si le malade est très affaibli, et il faut lui préférer l'excision directe, elle ne réaliserait pas son principal but, qui est d'éviter à l'ulcère le contact des aliments.

Observations

1. — GUINARD (*in th. Trognon. Paris, 1893. Obs. XX, Savariaud*).

Homme 32 ans, souffre depuis neuf ans de l'estomac, trois hématomésescopieuses depuis un an. Dilatation de l'estomac.
Gastro-entérostomie antérieure.

Guérison rapide. Augmentation de poids de 10 kilog. en deux mois.

2. — KUSTER (*Verhandlung der Deutsch. Gesellschaft für Chir. 1894*).

Femme 23 ans. Vomissements depuis un an.
Gastro-entérostomie après cautérisation au thermo.
Guérison rapide.

3. — KUSTER (*Centralblatt für Chirurg., 1894*).

Homme 42 ans.
Gastro-entéro-stomie. Cautérisation au thermo.
Guérison.

4. — KUSTER (*Centrablt, f. chir., 1894. Obs. XVII. Savariaud*).

Homme 42 ans. Dilatation ancienne de l'estomac. Gastror-

ragies et méloëna depuis peu.

Intervention. — Induration prépylorique. Gastrotomie. Cautérisation de l'ulcère et gastro-entérostomie.

Guérison. Embonpoint de 5 kilog. en quelques semaines; cessation des hémorrhagies.

5. — KUSTER (Traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac. *Arch. für Klin. Chir.*, 1894. Obs. XVI, Savariaud).

Femme 21 ans. Hémorrhagies depuis un an et demi, amaigrissement, sténose pylorique. Grosse dilatation. Hémorrhagies à répétition les derniers jours.

Intervention. — Ulcère; pylore adhérent au pancréas. Gastrotomie. Cautérisation de l'ulcère.

Gastro-entérostomie par l'ouverture.

Guérison avec cessation de toute hémorrhagie et embonpoint.

6. — BOND (*Lancet*, juillet, 1896, p. 236. Obs. XIX, Savariaud).

Homme 25 ans, souffre depuis trois ans. Hématémèses abondantes.

Gastro-entérostomie avec bouton de Murphy.

Guérison complète.

7. — Roux (de Lausanne) (*Revue de Gynécol.*, 1897, p. 113. Obs. XXI, Savariaud).

Homme 33 ans. Début post-traumatique. Deux hématémèses abondantes en 1894. Depuis, hématémèses petites mais rapprochées. Cachexie profonde.

En 1896, gastro-entérostomie. Ulcère du pylore et de la petite courbure. L'estomac est vidé des caillots qu'il contient mais on ne fait pas de ligature.

Guérison; à signaler la continuation de l'hémorrhagie pendant les deux jours qui suivirent l'intervention.

8. — TUFFIER (Obs. XXV, Savariaud).

Homme 39 ans, souffre depuis six ans de l'estomac, plusieurs hématémèses abondantes depuis quelque temps.

Gastro-entérostomie postérieure. Adhérence à la paroi et au foie d'une plaque indurée siégeant au niveau de la petite courbure.

Guérison en 17 jours. Revu depuis : guérison maintenue.

9 à 11. — PETERSEN (*Deutsch. Med. Woch.*, 1896, n° 24-25 in Rodmann. *Philadelphia Med. journ.* 1900).

Trois cas de gastro-entérostomie pour hémorraghie ; trois guérison.

12. — GREER (W Jones). *British Med. journ. M.* 1900, p. 574, in Rodmann).

Souffre depuis dix ans. Hématémèses répétées.

Gastro-entérostomie, large ulcère de la face antérieure de l'estomac.

Guérison rapide. Convalescence compliquée de thrombose fémorale.

13. — M. ARDLE (*Dublin journ, of Med. Scien.* 1900; in Rodmann).

Femme 24 ans. Hématémèses et vomissements.

Gastro-entérostomie antérieure.

Guérison.

14. — MURPHY (Observat. inéd. in Rodmann).

Femme 51 ans. Souffre depuis quatorze mois. Hématémèses ; amaigrissement.

Gastro jéjunostomie. Ulcère avec abcès de la paroi postérieure.

Guérison.

15. — TUFFIER (Observation inédite, *in* Rodmann).

Hémorrhagies depuis trois ans.

Gastro-entérostomie en 1898.

Guérison maintenue en 1900.

16. — MAYO ROBSON (*Lancet* 1900, p. 375. Obs. 31.

Homme 44 ans, deux hématémèses guéries médicalement deux ans auparavant ; nouvelles hémorrhagies.

Gastro-entérostomie postérieure.

Guérison maintenue encore un an après.

17. — M. ROBSON (*Loc. cit.*, Obs. II).

Femme, 23 ans.

Hématémèses récentes, nombreux ulcères.

Gastrostomie, suivie de gastro-entérostomie.

Guérison.

18. — M. ROBSON (*Loc. cit.*, Obs. XXXI).

Homme, 63 ans.

Hématémèses.

Op. mars 1901. Guérison.

19. — M. ROBSON (*Loc. cit.*, Obs. XII).

Homme, 38 ans.

Ulcère pylorique et hématémèses.

Op. en janvier 1900.

Guérison maintenue après quinze mois

- 20 à 23. — PETERSEN (31^e Congrès de la société allemande de Chirurgie, *in* *Semaine Médicale* 1992, p. 130).

Quatre succès consécutifs dus à la gastro-entérostomie postérieure à l'aide du bouton de Murphy.

- 24 et 25. — KRONLEIN (*Ibiden*).

Deux morts après gastro-entérostomie, par suite de récurrence de l'hémorrhagie.

26. — KOERTE (*Ibid*).

Une mort par hématoméses douze ans après une gastro-entérostomie pour rétrécissement.

27. — ADENOT (*Société nat. de Médecine*, in *Prov. Méd.*, 1902, 17 mai).

Femme 52 ans. Hématémèses graves, répétées, profuses, faisant penser à un ulcère. Cancer du pylore.

Gastro-entérostomie postérieure. Néoplasme du pylore.

Arrêt immédiat des hémorrhagies qui n'ont plus reparu depuis.

Nous avons pu réunir ainsi 27 observations de gastro-entérostomie pour hématoméses chroniques. Sur ce nombre nous relevons trois morts. Sur ces trois morts une est survenue douze ans après l'intervention. Les deux autres peu de temps après, par récurrence de l'hématémèse ; il serait intéressant d'avoir plus de détails sur les lésions trouvées et sur l'allure clinique du cas.

Nous arrivons ainsi à une mortalité de 12 %, qui est une des plus faibles données pour ces cas d'hémorrhagie. Mickulicz, en 1898, donnait 16,2 % de mortalité dans la gastro-entérostomie et arrivait à lui préférer la pyloroplastie, avec laquelle il n'avait eu que 13 % de mort.

En somme, presque dans tous les cas où la nature vraiment chronique des hémorrhagies gastriques est notée, la guérison a suivi la gastro-entérostomie.

Quant à la variété d'opération pratiquée le plus fréquemment, il s'agit de gastro-entérostomie posté-

rieure, qui draine mieux l'estomac et devient de plus en plus le procédé de choix.

Dans presque toutes nos observations, il s'agit de gastro-entérostomie pure, il n'y a pas lieu, en effet, de considérer isolément les cas où elle a été associée à d'autres interventions un peu anodines, comme la cautérisation de l'ulcère.

De cette étude nous pouvons conclure que les hémorragies de l'ulcère de l'estomac ne sont pas toutes relevables de la gastro-entérostomie.

Les hémorragies aiguës, abondantes sont justifiables, parfois, d'une intervention, mais toujours d'une intervention directe, hémostatique, sur le point lésé. La gastro-entérostomie ne sera que l'opération complémentaire de l'excision ou de la ligature.

Les hémorragies chroniques, rebelles, incurables, sont les véritables indications de la gastro-entérostomie qui, dans ces cas, arrête l'hémorragie et souvent guérit l'ulcère.

II. — Perforations gastriques.

La gastro-entérostomie peut être entendue de deux façons dans la cure des perforations gastriques de l'ulcère.

Le premier procédé, non encore pratiqué, appartient à M. le professeur Jaboulay qui l'a conseillé récemment dans un article de notre ami Viannay (Viannay, sur trois cas de perforations gastriques, (*Archiv. prov. de Chir.*, 1900). Il consisterait, dans les cas rares auxquels il s'adresse, et dans lesquels le

siège déclive, le peu d'étendue et le peu de friabilité de la perforation en permettrait l'exécution, à utiliser l'orifice même de cette perforation pour l'aboutir dans l'intestin par une gastro-entérostomie au bouton.

Le deuxième procédé, employé quelquefois jusqu'ici, répond à un tout autre but ; il réalise le drainage de l'estomac par son bas-fond, et à distance de l'ulcère suturé. Il devient ainsi un temps complémentaire de cette suture, souvent très efficace ; car, par cette évacuation, les premiers jours, continue, de l'estomac, il l'immobilise d'abord, il en empêche surtout la distension passive qui peut faire effort sur les fils. C'est dire par là, qu'il est indiqué dans les perforations hautes. Les perforations déclives, en effet, sont plus habituellement abordables, plus aisément suturables ; de plus, une gastro-entérostomie établie au voisinage des tissus malades, serait à la fois dangereuse et inutile. Les perforations hautes, au contraire, souvent dissimulées et fixés dans des abcès ou des paquets d'adhérences profondes, incomplètes, mais résistantes, ne peuvent pas toujours être suturées directement. Souvent, on devra se contenter d'une occlusion relative médiate par l'un des procédés classiques : suture à distance et plicature, adossement d'organes ou d'épiploon, drainage ou cloisonnement. On a, dans ces cas, une précieuse ressource dans la gastro-entérostomie pratiquée au point déclive, bien à distance des tissus malades, pour immobiliser l'estomac et assécher une ligne de suture d'étanchéité douteuse.

Cette manœuvre complémentaire, pratiquée pour la première fois, à notre connaissance, par Eiselsberg, en 1895 (*Arch. f. Klin. Chir.*), puis conseillée dans la thèse de Chapt, a été utilisée, depuis, un certain nombre de fois, et paraît très recommandable dans les conditions précitées. On pourra consulter, à ce sujet, les importantes statistiques de Weir et Foote, de Keen et Tinker, celle de Finney, etc., et les observations suivantes que nous leur ajoutons :

Observations.

1. — VONEISELSBERG (*Arch. f. Klin. Chir.* Obs. L; obs. CCCCLVII de Chlumsky).

Ulcère d'estomac.

Perforation des dimensions d'une pièce de deux pfennigs, taillée à l'emporte-pièce sur la paroi externe de l'estomac.

Surjet par dessus, prenant les tissus sains.

Gastro-entérostomie.

Mort, en quatre jours, de péritonite.

2. — TERRIER et HARTMANN (*Loc. cit.*; obs. XV, p. 177).

Ulcère de l'estomac, péritonite suppurée circonscrite.

Gastro-entérostomie. Guérison.

Femme, 56 ans.

Depuis quatre ans surtout, douleurs épigastriques et vomissements.

Il y a cinq mois, douleurs brusques dans l'abdomen avec vomissements bilieux; subictère, oligurie. Cette crise dura quelques jours, et se reproduisit récemment, après quelques mois d'intervalle. La malade entra à l'hôpital, pesant 43 kil., avec 38°; de vives douleurs épigastriques et des vomissements bilieux.

Tuméfaction dure au niveau de l'estomac, adhérente à la paroi.

Laparotomie, le 27 juillet 1897.

Estomac perdu dans un paquet d'adhérences, dont il est libéré laborieusement en avant. En haut du pylore, abcès conduisant à une perforation gastrique.

Curettage et fermeture du trajet à la soie.

Gastro-entérostomie antérieure.

Guérison. Disparition rapide des douleurs. Diminution plus lente des vomissements et de l'hyperacidité.

Guérison complète, près d'un an et demi après. Acidité totale, 1, 4. Embonpoint de 16 kil.

3. — TERRIER et HARTMANN (*Loc. cit.* Obs. 16, p. 179). —

Ulcère de l'estomac, perforation; péritonitesuppurée circonscrite.

Gastro-entérostomie. Guérison.

Femme, souffrant depuis deux ans, de douleurs épigastriques survenant rapidement après les repas et suivies de vomissements une heure et demie à deux heures après. Les crises vont en se rapprochant: douleurs dorsales, hyperacidité; une hématemèse l'an dernier.

A l'entrée, douleurs intolérables. Amaigrissement de 20 kil.

Tuméfaction dure de la région épigastrique, au-dessous de laquelle l'estomac paraît dilaté.

Laparotomie le 24 juillet 1897. Après libération prudente des adhérences gastro-pariétales, on tombe sur une petite poche purulente conduisant à une perforation.

Curettage, suture à deux plans de soie.

Le pylore est exploré et paraît sain.

Gastro-entérostomie pratiquée sur un point sain de l'estomac, en dessous de la perforation.

Guérison rapide des douleurs, plus lente de la dyspepsie; complète au bout de six mois et maintenue depuis un an et demi.

La malade a remonté de 45 à 60 kilogr.

4. — ROUTIER (*Soc. de Chir.*, 1899). — Adhérence de l'estomac au foie. Déchirure pendant la libération. Gastrorrhaphie et gastro-entéro-anastomose. Guérison.

Femme, 35 ans, souffrant depuis 15 ans.

Point xyphoïdien et rachidien.

Vomissements, pas d'hématémèses. Dilatation. Amaigrissement. Laparotomie. Ulcère adhérent au pylore.

La libération des adhérences laisse un trou de la dimension d'une pièce de cinq francs au-dessus du pylore.

« J'ai malaisément fermé ce trou par des points de soie séparés, à double étage, autant que j'ai pu les placer, car la partie à recoudre n'était pas du tout mobile et j'opérais très profondément ».

Gastro-entérostomie complémentaire (par crainte de sténose du pylore). Guérison.

Index bibliographique

I. — *Hémorrhagies.*

- BOAS. — Diagn. und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig, 1901, t. 2.
DIEULAFOY. — Comm. au Congr. de Chir. all., 1898.
LEUBE. — *Ibid.*
MIKULICZ. — *Ibid.*
MARION. — *Loc. cit.*
MAYO ROBSON. — *Lancet.*, 1901, p. 375.
PETERSEN. — Com. au 31^e Congr. all., 1902, et *Centralb. f. Chir.*, juin 1902.
ROBERT. — Hémorrhagies gastriques. *Philad. Med. Journ.*, 1900.
RODMANN. — *Philad. Med. Journ.*, 1900.
SAVARIAUD. — L'ulcère hémorrhagique de l'estomac et son traitement chirurgical (Th. Paris 1897-1898).

II. — *Perforations.*

- BARKER. — *Lancet.*, 1896.
CHAPT. — Perforation de l'ulcère simple et son traitement chirurgical (Th. Paris 1894-1895).
V. EISELSBERG. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1895.
FINNEY. — 25 cas. *Annales of Surgery*, 1900.
KEEN et TINKER. — 78 cas. *Philad. Med. Journ.*, 1898.
WEIR et FOOTE. — 78 cas. *Med. News. Philad.*, 1896.
-

CHAPITRE III

ULCÈRES ET CANCERS

Non sténosants, en évolution

I. — Ulcères.

Les premières tentatives de cure chirurgicale de l'ulcère de l'estomac en activité et non sténosant ont été faites par Lücke, par Lambotte et Doyen, en 1894 et 1895. Ces auteurs n'ont pas tardé à avoir de nombreux imitateurs dans cette voie ; mais si l'on est intervenu systématiquement dans un grand nombre de cas, plus souvent peut-être au début, fut on conduit à cette cure radicale sans le savoir, au cours d'une intervention entreprise pour une autre affection ou pour un ulcère que l'on croyait sténosant. Le diagnostic de la sténose n'est en effet pas toujours aisé, et l'on sait d'autre part que l'ulcère s'accompagne fréquemment de sténose purement spasmodique.

Mais nous ne parlerons ici que des gastro-entérostomies délibérément entreprises pour l'ulcère en activité, non sténosant. Le nombre de ces opérations s'est considérablement accru ces derniers temps. Pour notre part, nous avons pu en réunir 50 cas, presque tous avec succès complet, et retrouver la mention de 67 autres. La gastro-entérostomie est-elle la seule opération proposée dans ces cas, et le procédé de choix ? En principe, c'est l'excision de l'ulcère qui paraît préférable, et l'on ne peut que souscrire à l'opinion émise par Guinard dans sa thèse que toute « tumeur gastrique », ulcère ou cancer, mobile et limitée, doit être enlevée au cours d'une intervention. Mais combien souvent l'ulcère, fixé et adhérent, n'est-il pas inextirpable anatomiquement par des manœuvres prudentes ; plus souvent encore, il passe inaperçu et sa recherche commanderait des explorations longues, peut être la gastrotomie.

Dans ces cas, mieux vaut une opération dérivative d'une gravité aujourd'hui très atténuée, qui a une action à peu près constante sur les symptômes de l'ulcère en évolution et, semble-t-il, dans nombre de cas, sur sa guérison définitive.

Il y a plus, et bien des auteurs considèrent, même en théorie, la gastro-entérostomie comme l'opération de choix, bien supérieure à la résection de l'ulcère et plus logique qu'elle⁽¹⁾. L'excision traite l'ulcère

(1) Telles sont, par exemple, les conclusions d'Hartmann, rapporteur d'un cas de Mauclaire, à la Société de Chirurgie de 1899,

« Le meilleur traitement de l'ulcération gastrique, ce

comme une maladie locale ; ne savons-nous pas, au contraire, que cette affection paraît bien plus souvent relever d'un état fonctionnel général de l'estomac, qu'elle est à peu près toujours secondaire à l'hyperchlorhydrie, pour M. Bouveret en particulier. Dès lors, outre que l'excision de l'ulcère est plus dangereuse, parfois impossible, elle risque souvent d'être une opération incomplète. N'est-ce pas ce qui est arrivé à l'opéré de Schuchardt, cité par Turlais ? Que l'opérateur ait laissé un second ulcère méconnu ou qu'un nouvel ulcère profitant de la plaie opératoire, se soit greffé sur place, la maladie continua à évoluer après l'excision.

Même évolution chez un malade de Tricomi, traité par l'excision, même résultat chez le malade pyloroplastié de Doyen et Postempsky. Les opérateurs virent réapparaître des ulcères qu'ils guérissent par la gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie prétend, au contraire, s'adresser à cet état fonctionnel de l'estomac préexis-

n'est pas l'extirpation, c'est le traitement indirect par la gastro-entérostomie. L'extirpation qui, dans les cas favorables, sans adhérences, semblerait à peine supérieure, est en réalité, inférieure à la gastro-entérostomie ».

Il rappelle les cas de Czerny, Cordua, Lambott, Hofmeister, Krogus, Mikulicz, et celui susdit de Suchard, suivi de récurrence, et conclut que la gastro-entérostomie, plus simple, applicable à tous les cas, et toujours en tissus sains, a de plus, seule, une action définitive et durable sur la lésion de la muqueuse gastrique, dont l'ulcère n'est que la conséquence. Telles sont aussi les conclusions de Tricomi (*loc.cit.*).

tant à l'ulcère et agir bien plus efficacement ainsi sur ce dernier.

Dans cet ordre d'idées, on lui a opposé la pyloroplastie (qui n'est peut-être pas de mise en dehors des ulcères pyloriques) et, plus récemment, en Allemagne, la jéjunostomie, reprise ces dernières années.

(Voir MAYDL : Ueber jejunostomie. Mittheilungen aus den grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, t. III, p. 532, 1898 ; et KELLING : Zür chirurgie der chronischen nicht malignen Magenliden. *Arch. f. Verdauungskr.* Berlin, 1900, VI). Des discussions se sont élevées à ce sujet, surtout à propos du cancer. L'estomac après jéjunostomie serait mis à un repos plus effectif que par la simple gastro-entérostomie. De plus, en ce qui concerne l'ulcère, la jéjunostomie pourrait n'être que latérale et temporaire (Chlumsky : *Beitrage f. Klin Chir*, 1900) et ultérieurement fermée. Enfin, l'on n'aurait pas à redouter les cas d'ulcère peptique du jéjunum publiés après la gastro-entérostomie.

Pour ce qui est de ce dernier point, les cas publiés ne sont pas encore très nombreux ; sans doute, plusieurs ont dû échapper, mais, enfin, il n'y en a que treize de connus sur le nombre considérable des gastro-entérostomies pratiquées à l'heure actuelle. Il resterait à savoir aussi dans quelle mesure l'opération est responsable de ces digestions ulcéreuses du jéjunum survenues un an, trois ou quatre ans après ; si, par exemple, celles-ci sont plus fréquentes après les gastro-entérostomies pour ulcères en activité. C'est ce que nous n'avons pu savoir par la

lecture des comptes rendus de ces observations. En attendant donc que ces faits se précisent et se multiplient, la gastro-entérostomie nous paraît devoir garder sa suprématie sur la jéjunostomie. Le repos de l'estomac, pour relatif qu'il soit, suffit habituellement à calmer tous les symptômes de l'ulcère, souvent à en amener la guérison définitive, malgré quelques cas contradictoires, fort peu nombreux, sans imposer aux malades tous les ennuis d'une fistule jéjunale avec les risques d'une réintervention ultérieure plus ou moins laborieuse.

C'est dans ce sens que parlent tous les travaux et communications récents sur la question, les uns conseillant la gastro-entérostomie comme opération de choix quand l'excision de l'ulcère n'est pas possible, les autres, plus nombreux, le préconisant même systématiquement dans les ulcères chroniques rebelles.

Fleiner, rapporteur sur la question, au XX^e Congrès allemand de Médecine interne, dit : « On peut espérer que la technique de la gastro-entérostomie sera bientôt assez parfaite pour qu'on puisse y avoir recours dans l'ulcère à titre prophylactique, dans le but de prévenir l'hémorrhagie, la perforation ou la dilatation de l'estomac ».

Mais déjà Marion et Savariaud, dans leurs thèses de Paris 1897-1898, avaient recueilli un grand nombre d'ulcères chroniques guéris par la gastro-entérostomie, surtout d'ulcères hémorrhagiques.

Tricomi, en 1897, publiait, dans les *Archiv. Prov. de Chir.*, une statistique de 50 cas avec 5 morts et

45 guérisons et, comparant cette mortalité de 10 0/0 à la mortalité globale de l'ulcère, 32 0/0, concluait à la gastro-entérostomie systématique.

En 1900, il communiquait à nouveau 27 cas de guérisons d'ulcères, hémorragiques surtout, dans la *Médecine Moderne*.

Telle est aussi la conclusion de la thèse de Turlais (Th. Paris, 1900-1901) qui publie dix observations de Montprofit avec guérisons, et celle de l'important article de Tricomi de 1899.

Telle aussi celle de l'article de Chlumsky (*loc. cit.*) et de celui, plus récent encore, de Mayo Robson, dans la *Lancet* de 1901.

Tel est enfin l'enseignement des faits qu'il nous reste à exposer.

Observations

1. — DOYEN (Traitement chirurgical des affections de l'estomac. Obs. LXXXV de Marion).

Ulcère énorme de l'estomac.

Homme de 34 ans.

Cachexie de longue date, crises gastralgiques atroces.

Le malade supporte à peine un peu de lait. Pas d'hématémèses.

La fixité des douleurs fait porter le diagnostic d'ulcère rond avec contracture du pylore.

Laparotomie. Ulcère du volume de la paume de la main, à cheval sur la petite courbure, s'arrêtant près du pylore.

Gastro-entérostomie antérieure en 1893.

Guérison.

2. — DOYEN (*Ibid.* Obs. LXXXVI de Marion).

Ulcère de l'estomac.

Femme, 42 ans.

Amaigrissement, faiblesse extrême.

Tous les signes de l'ulcère rond.

Laparotomie. Ulcère de 6 à 7 cm., à parois calleuses, le long de la petite courbure.

Gastro-entérostomie antérieure en 1893.

Guérison.

3. — DOYEN (*Ibid.* Obs. LXXXVII de Marion).

Ulcère de l'estomac ou du duodénum.

Homme, 40 ans.

Crises gastralgiques de date ancienne. Hématémèses.

Vomissements alimentaires. Amaigrissement progressif.

Laparotomie. Pas de lésion de la face antérieure de l'estomac.

Gastro-entérostomie antérieure.

Guérison.

4. — DOYEN (Obs. LXXXVIII, de MARION).

Ulcère de l'estomac.

Homme de 44 ans.

Hypersthénie et hyperchlorhydrie considérable (4 gr. d'HCl).

Fréquents vomissements marc de café.

Cachexie avancée, amaigrissement, œdème. Laparotomie en 1895.

Ulcère volumineux de la petite courbure, plaque calleuse de la petite courbure, adhérente au foie et à la paroi.

Gastro-entérostomie antérieure.

Guérison. Le malade a repris ses forces et un certain embonpoint après un mois ; il prend à peu près l'alimentation ordinaire de l'hôpital.

5. — TUFFIER (Obs. XCIV de MARION).

Ulcère de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure. Mort par perforation, survenue probablement le matin de l'opération.

Homme, 33 ans.

Douleurs stomacales depuis deux ans, vomissements noirs.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Gastro-entérostomie postérieure.

Mort six jours après l'opération.

A l'autopsie, les sutures sont étanches.

Mais il existe une perforation de l'ulcère, comme une pièce de deux francs, à la partie supérieure du pylore.

6. — DEFONTAINE (*Arch. prov. de Chir.*, 1897. Obs. II).

Ulcère de l'estomac (?).

Homme, 34 ans.

Début des douleurs, il y a quatre ans.

Douleurs atroces, ces derniers temps, et vomissements réguliers.

Hématémèses à trois ou quatre reprises. Amaigrissement de 12 kilogs.

Gastro-entérostomie.

Guérison maintenue depuis seize mois. Embonpoint de 10 kilogs.

7. — PANTALONI (Obs. XIV, *Arch. prov. de Chir.*, 1899).

Ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Homme, 40 ans.

Douleurs depuis cinq ans, intolérables depuis un an et demi.

Hématémèses à répétition. Vomissements.

Amaigrissement de 60 à 44 kilogs.

Laparotomie. Ulcère de la petite courbure, au voisinage du pylore libre et adhérent au foie.

Gastro-entérostomie.

Guérison. Le malade part guéri au douzième jour, mangeant de tout. Il a été revu, allant bien.

8 — JOURDAN (*Rev. de Chir.*, 1899, t. XX, p. 576).

Ulcère invétéré de l'estomac. Gastro-entérostomie. Guérison.
Homme de 40 ans.

Douleurs depuis dix ans, seulement calmées par les vomissements survenant une à deux heures après le repas.

Crises gastriques à tout essai d'alimentation.

Hématémèses à répétition.

Amaigrissement de 10 kilogs.

Gastro-entérostomie postérieure.

L'ulcère, calleux, des dimensions d'une pièce de cinq francs, siégeait sur la petite courbure, près du pylore; l'estomac n'était pas dilaté.

Guérison fonctionnelle rapide et complète, maintenue depuis huit mois.

(Vomissements et selles sanglantes le second jour de l'opération.)

9. — TUFFIER. — Gastro-entérostomie postérieure pour
ulcère de l'estomac avec péritonite. (*Bull. Soc.
Chir.*, 1897).

Femme, 35 ans.

Tous les signes d'un ancien ulcère de l'estomac.

Symptômes de perforation.

Laparotomie. Ulcère haut situé sous les fausses côtes, entouré d'adhérences molles que l'on respecte.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

10. — MIKULICZ (Obs. XXXI de Chlumsky. *Beitr. f. klin.
Chir.*, 1898).

Ulcère de l'estomac. Homme de 31 ans.

Gastro-entérostomie. Guérison.

Dégénérescence cancéreuse un an et demi après.

11. — MIKULICZ (Obs. LIX de Chlumsky. *Ibid*).

Ulcère de l'estomac. Homme de 33 ans.

Gastro-entérostomie. Guérison. Le malade part un mois après.

12. — HARTMANN (Chirurgie gastro-intestinale, 1901. Obs. XII de 1898).

Ulcère de l'estomac. Homme, 50 ans.

Brûlures à l'estomac depuis cinq ans, vomissements.

Gastro-entérostomie. Guérison.

13. — HARTMANN (*Ibid*. Obs. IX de 1899).

Femme, 60 ans.

Ulcère douloureux, sans sténose, après gastro-succorrhée.

Gastro-entérostomie. Guérison.

14. — HARTMANN (*Ibid*. Obs. XX de 1899).

Symptômes d'ulcère depuis cinq ans, greffés sur une ancienne gastrite (hématémèses, douleurs rebelles). Homme de 58 ans.

Gastro-entérostomie. Guérison.

15. — BOUVERET (*Revue de Méd.*, 10 février 1899).

Aphasie, hémiplegie, apoplexie, suite d'hémorrhagie gastrique. Autopsie.

Outre son grand intérêt médical, ce cas nous présente un fait intéressant sur le point qui nous occupe.

Homme, 58 ans, éthylisme léger.

Début après un traumatisme de l'épigastre (roue de voiture), il y a huit ans. Douleurs et vomissements.

Signes de sténose pylorique.

Gastro-entérostomie, par M. Villard, il y a deux ans.

Guérison complète maintenue pendant un an et demi.

Puis, retour des accidents.

Mort avec des accidents cérébraux consécutifs à une hématoméose abondante. A l'autopsie, néopylore perméable à deux doigts.

16. — CHAPUT. — Gastro-entérostomie pour ulcère gastrique avec tumeur. Guérison. Disparition de la tumeur et des troubles gastriques (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1898).

Femme, 32 ans, souffrante depuis l'âge de 18 ans.

Douleurs violentes, vomissements.

Tumeur à la région épigastrique, grande dilatation.

Gastro-entérostomie antérieure; ulcère de la face postérieure.

Vomissements incoercibles.

Réintervention: entéro-anastomose.

Guérison complète.

Disparition de la tumeur inflammatoire.

17. — MIKULICZ (Obs. CXXX de Chlumsky. *Beitr. f. Klin. Chir.*, 1900).

Ulcère de l'estomac.

Femme, 40 ans.

Début depuis quinze ans; quelques hémorrhagies.

Ulcère de la paroi postérieure, adhérent à la paroi et au pancréas. Gastro-entérostomie. Guérison (augmentation de poids, diminution des douleurs) maintenue après cinq mois.

18. — MIKULICZ (Obs. VII de Chlumsky. *Beitr. f. Klin. Chir.*, 1900.)

Dyspepsie depuis huit ans. Contracture du pylore.

Pyloroplastie. Amélioration. Nouvelles douleurs.

Gastro-entérostomie antérieure et antéro-anastomose.

Mort d'hématémèse post-opératoire, en trente heures.

A l'autopsie, ulcus ancien très adhérent, lithiase, cause de l'échec de la pyloroplastie.

19. — MIKULICZ (Obs. CIV de Chlůmsky. *Ibid.*).

Ulcère de l'estomac. Homme de 25 ans.

Douleurs depuis un an.

Gastro-entérostomie postérieure.

Guérison maintenue depuis un an.

20. — MIKULICZ (obs. 121 de Chlůmsky. *Ibid.*).

Ulcère adhérent de l'estomac. Femme de 28 ans.

Douleurs depuis treize ans, vomissements, hématomèses.

Gastro-entérostomie. Guérison avec persistance de quelques douleurs.

21. — HARTMANN (Chirurgie gastro-intestinale, 1901, obs. V de 1900).

Ulcère à l'estomac. Homme de 35 ans.

Début des accidents depuis quinze ans : douleurs, vomissements, amaigrissement.

Gastro-entérostomie. Guérison.

22. — HARTMANN (*Ibid.*, obs. XIV de 1900).

Ulcère de l'estomac. Homme de 39 ans.

Vomissements, douleurs depuis quatre ans.

Hématomèses abondantes, quelques jours avant l'opération.

Gastro-entérostomie. Guérison.

23. — HARTMANN (*Ibid.*, obs. XVI de 1900).

Ulcère à l'estomac. Femme de 45 ans.

Début, il y a trois ans, par hématomèses, puis douleurs et vomissements.

Gastro-entérostomie. Guérison.

24. — HARTMANN (*Ibid.*, obs. XVII de 1900).

Ulcère de l'estomac. Homme de 33 ans.

Depuis trois ans, douleurs et vomissements, parfois hématomèses.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

25. — PANTALONI (*Arch. prov. de Chir.*, 1901, obs. XIII).

Ulcère de l'estomac en voie d'évolution. Spasme pylorique.

Gastro-entérostomie. Guérison.

Homme de 57 ans.

Début des douleurs depuis quinze ans. Hématémèses et méléœna.

Amaigrissement et souffrances continuels.

Pas de dilatation gastrique, ni de rétention à jeun.

Laparotomie. Estomac petit. Ulcère indurant la petite courbure, près du pylore souple et perméable.

Gastro-entérostomie en Y. Guérison.

26. — PANTALONI (*Ibid.* obs. XX).

Ulcère de la petite courbure, adhérent au foie. Gastro-entérostomie. Guérison. Femme de 31 ans.

Douleurs stomacales anciennes, avec irradiations dorsales. Hématémèses depuis un an et demi. Pas de dilatation gastrique. Vomissements continuels. Inanition. Amaigrissement de 20 kilog.

Gastro-entérostomie. Guérison maintenue depuis un an.

27. — PANTALONI (*Ibid.* obs. XXIII).

Ulcère de la petite courbure, soudé au foie. Gastro-entérostomie. Guérison.

Homme de 58 ans.

Douleurs par crises depuis huit à dix ans. Vomissements. Pas d'hématémèses. Stase alimentaire. Amaigrissement progressif.

Laparotomie. Ulcère pré-pylorique avec périgastrite.

Gastro-entérostomie en Y.

Guérison complète maintenue après cinq mois.
Embonpoint de 25 kilogrammes.

28. — MONTPROFIT (Obs. I de la thèse de Turlais. Paris, 1900-01).

Ulcère de l'estomac.

Homme, 56 ans.

Début par symptômes d'hyperchlorhydrie datant de l'âge de 16 ans et survenus six mois après un coup de pied de cheval dans la région épigastrique.

Douleurs en broche, pyrosis.

Vomissements alimentaires depuis quinze ans.

Hématémèses abondantes depuis un an.

Gastro-entérostomie antérieure en 1898.

Amélioration lentement progressive.

Guérison maintenue après deux ans. Embonpoint de 14 kilos.

29. — MONTPROFIT (Obs. II de Turlais).

Ulcère de l'estomac avec syndrome pylorique.

Femme, 41 ans.

Début à l'âge de 18 ans. Périodes de douleurs et d'hématémèses. Vomissements depuis un an. Pas de dilatation.

Gastro-entérostomie antérieure. Amélioration progressive. Deux ans et demi après, la malade ne conserve plus que quelques tiraillements.

30. — Robert WEIR of N.-York. (*Philad. med. Journ.*, 1900. Obs. II).

Gastralgie hyperchlorhydrique, dilatation légère. Ulcère de l'estomac. Gastro-entérostomie avec entéro-anastomose. Guérison.

Homme, 24 ans.

Début depuis dix ans. Douleurs, vomissements depuis onze mois. Pas d'hématémèses.

Gastro-entérostomie. Pylore normal. Guérison en vingt jours.

31. — MONTPROFIT (Obs. III de Turlais).

Homme, 48 ans.

Début depuis un an, par des douleurs gastriques. Une hématomèse abondante. Pas de dilatation gastrique.

Gastro-entérostomie en 1898. Amélioration.

Persistance, deux ans après, de quelques symptômes intermittents d'obstruction.

32. — MONTPROFIT (Obs. IV de Turlais).

Femme, 49 ans.

Début, il y a deux ans, par douleurs à la suite d'un traumatisme de l'épigastre.

Douleurs atroces avec irradiations dorsales; hématomèses à plusieurs reprises; pas de dilatation gastrique. Echec du traitement médical.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison complète.

33. — MONTPROFIT (Obs. V de Turlais).

Homme.

Début des accidents, il y a trois ans.

Douleurs et vomissements.

Deux hématomèses l'an dernier.

Gastro-entérostomie postérieure.

Guérison. Embonpoint de 5 kilòs en un mois.

34. — M. ROBSON (*Loc. cit.* Obs. VI.)

Femme, 31 ans.

Douleurs depuis 6 ans; hématomèses, la dernière il y a 3 semaines; amaigrissement.

Op. Embonpoint de 7 kil. en 5 mois.

35. — M. ROBSON (*Loc. cit.* Obs. VII).

Ulcère. Femme, 38 ans.

Douleurs épigastriques depuis 5 ans, après les repas. Vomissements. Amaigrissement.

Op. en nov. 1900. Guérison.

36. — M. ROBSON *Loc. cit.* Obs. IX.

F. 50 ans.

Douleurs depuis l'âge de 36 ans; hématomésès.

Se nourrit de liquides depuis 8 mois. Hyperchlorhydrie.

Adhérences gastro-pariétales, ancienne perforation.

Op. en nov. 1900. Guérison.

37. — M. ROBSON *Loc. cit.* Obs. XV.

Femme, 36 ans.

Symptômes d'ulcère depuis 5 ans, hématomésès au début.

Adhérences à la paroi.

Op. en 1900. Guérison.

38. — M. ROBSON *Loc. cit.* Obs. XXX.

Femme, 52 ans.

Douleurs depuis plusieurs années. Hématomésès répétées.

Ulcères nombreux sur l'estomac.

Op. mars 1901. Guérison.

39. — M. ROBSON *Loc. cit.* Obs. XXXII.

Ulcère. Femme, 27 ans.

Douleurs depuis 6 ans, anémie, amaigrissement.

Op. mars 1901. Guérison.

40. — M. ROBSON *Loc. cit.* Obs. XXXVII.

Ulcère. Homme. 26 ans.

Douleurs depuis 4 ans, amaigrissement.

Dilatation gastrique à l'ombilic. Echec du traitement médical.

Op. mars 1901.

Mort le 11^e jour: phtisie, pneumonie à la base droite. Le péritoine était sain et le néopylore satisfaisant.

41. — M. ROBSON *Loc. cit.* Obs. XXXVIII.

Ulcère. Femme

Douleurs anciennes, amaigrissement.

Op. Trois ulcères sur la face antérieure, un sur la face postérieure.

Op. avril 1901. Guérison.

42. — BOWREMANN JESSETT (*Lancet*, 1900).

Disparition d'une tumeur du pylore après gastro-entérostomie. Examen histologique après 11 ans.

Femme 56 ans.

Troubles dyspeptiques anciens.

Douleurs épigastriques à irradiations dorsales, flatulence, constipation, vomissements ; pas d'hématémèses.

Douleurs aiguës et progressives, amaigrissement avec vomissements incoercibles.

Tumeur occupant toute la région épigastrique, mobile. Estomac descendant au pubis.

Laparotomie, tumeur adhérente, inextirpable. Gastro-entérostomie en avril 1890.

Guérison. Mort d'apoplexie dix ans après.

Autopsie. Néopylore perméable à deux doigts.

Estomac en sablier, avec adhérence au foie du point stricturé, seul reliquat de la tumeur.

43. — GREER (*British. med. Journ.*, 1900).

Ulcère chronique en activité.

Gastro-duodénostomie.

Guérison. Embonpoint de 7 kilg. en quatre mois.

44. — SCHLOFFER (*Prager med. Woch.*, 1901, n° 28-29).

Ulcère en activité. Gastro-entérostomie. Guérison.

45. — TERRIER (Congrès de Chir., 1900, Obs. LI).

Homme, 32 ans.

Malade depuis 3 ans; douleurs une heure après les repas, vomissements.

Il y a 1 an 1/2, ouverture d'un abcès du foie.

Depuis 2 à 3 mois, douleurs épigastriques à irradiations dorsales.

Hématémèses et mélœna.

Dilatation stomacale; amaigrissement.

Gastro-entérostomie, le 5 avril 1900.

Guérison. Embonpoint de 18 kilog. en quatre mois.

46. — TERRIER (*Ibid.*, Obs. VII).

Femme, 58 ans; souffrant depuis 30 ans de crises douloureuses espacées.

Depuis un mois, douleurs continues à irradiations lombaires.

Pas de tumeur, pas de dilatation.

Gastro-entérostomie le 18 juin 1900.

Guérison maintenue depuis quatorze mois. Embonpoint de 16 kilog.

47. — ROUTIER et MEUNIER (Obs. III de la thèse de Degorce, Paris, 1901-02).

Hyperchlorhydrie. Syndrome pylorique. Ulcère. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

Femme, 27 ans, nerveuse.

Douleurs depuis 7 ans, une hématémèse.

Douleurs s'exagérant après les repas, calmées par les vomissements.

Amaigrissement de 20 kilog.

Gastro-entérostomie antérieure. Près du pylore il y a deux petites plaques indurées sur lesquelles s'insère l'épiploon qui aurait comme bouché un trou.

Amélioration rapide. Six mois après, la malade est bien portante, elle a repris son poids, mais vomit de temps en temps.

48. — BOUGLÉ et MEUNIER (Obs. IV de Degorce).

Gastro-succorrhée. Syndrome pylorique. Ulcère probable.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Homme, 23 ans, nerveux, pas d'éthylisme.

Douleurs, surtout depuis deux ans. Hématémèses depuis six mois.

Violentes douleurs trois à quatre heures après le repas.

Pas de dilatation.

Gastro-entérostomie postérieure en novembre 1901.

Grande amélioration, quelques vomissements ; malade revu neuf mois après.

49. — ROÛTIER et MEUNIER (Obs. V de Degorce).

Homme, 43 ans.

Douleurs par périodes depuis dix ans. Une hématémèse au début ; une autre, il y a six mois.

Depuis, vomissements alimentaires le condamnant au régime lacté. Amaigrissement de 15 kilogs.

Gastro-entérostomie antérieure ; pylore fixé sous le foie.

Guérison à la sortie de l'hôpital.

50. — *Inédite* (Recueillie dans le service de M. le Pr JABOULAY).

Ulcère de l'estomac. Nervosisme. Dilatation digitale du pylore avec libération de quelques adhérences. Amélioration temporaire. Gastro-entérostomie. Guérison maintenue depuis un mois.

Femme, 25 ans.

Antécédents bacillaires, quelques stigmates hystériques.
Histoire ancienne et complète d'ulcus.

Laparotomie, pour douleurs et vomissements rebelles, en janvier 1902. Libération de quelques adhérences et dilatation digitale du pylore.

Amélioration temporaire, bientôt réapparition des vomissements. La malade en est arrivée à ne plus prendre que des lavements nutritifs.

Seconde laparotomie, quatre mois après, en mai 1902. Estomac peu dilaté; contracture du pylore sans sténose vraie. Gastro-entérostomie postérieure au bouton.

Guérison complète, après une courte période de vomissements.

50 bis.—*Inédite* (Communication orale de M. le Pr JABOULAY).

Ulcère du duodénum (1) Duodénoplastie. Amélioration temporaire. Gastro-entérostomie. Guérison.

Homme, 40 à 45 ans. Douleurs et méloëna.

Laparotomie, en mai 1899, pour symptômes d'obstruction.

Duodénoplastie. Amélioration marquée, embonpoint de 13 kilogs.

Retour des accidents. Douleurs intenses et vomissements.

Gastro-entérostomie en 1900.

Guérison fonctionnelle complète, maintenue depuis deux ans. Le malade ne souffre plus; il a repris son alimentation et ses occupations habituelles (juin 1902).

A ces 50 observations recueillies, avec 3 morts, il convient d'ajouter la statistique de Tricomi (*Loc.cit.*) portant sur 29 cas retrouvés et 21 cas personnels

(1) La première partie de cette observation figure dans la thèse de notre ami Ladevèze (Traitement des ulcères du duodénum, thèse Lyon 1899). Nous la complétons ici, pour montrer un résultat éloigné de plus en faveur de la gastro-entérostomie, quoiqu'elle ne rentre pas directement dans le cadre de notre thèse.

dont l'auteur ne publie que les résultats. Sur ces 50 cas, 6 figurent dans nos observations. Resteraient donc 44 cas nouveaux, ceux de :

Bond (1), Carle (3), Chaput (1 autre), Doyen (5 autres), Ferrari (1), Guinard (1), Küsser (1), Lambotte (2), Lauenstein (2), Loebker (1), Lücke (1), Postempsky (2), Tuffier (3 autres), enfin Tricomi (21). En bloc, ces cas ont donné 90 % de guérisons et 10 % de morts, soit 5.

Nous arriverions ainsi à :

50 cas dont 3 morts	} 94 cas dont 8 morts.
44 » 5 morts	

Si nous y ajoutions enfin 25 de nos 27 observations d'hémorragies chroniques (qui se rattachent à l'ulcère hémorrhagique et ont donné 2 morts), nous obtiendrions, en dernière analyse :

119 gastro-entérostomies pour ulcère chronique non sténosant (en dehors des hémorragies aiguës et des perforations), ayant donné en bloc : 10 morts, soit 8,5 % de mortalité opératoire, dont :

5 morts indéterminées (Tricomi).

2 par hémorragies (Koerte).

1 par phtisie au 11^e jour (M. Robson).

1 par hématomésés profuses post-opératoires, en 30 heures (Mikulicz).

1 par péritonite par perforation de l'ulcus (au cours de l'opération ?) (Tuffier)

Reprenons maintenant de plus près les résultats obtenus sur les 50 observations que nous avons pu recueillir. Nous obtenons :

(a) **Mortalité** : 3, soit ≥ 6 % :

Obs. V, perforation de l'ulcus, péritonite.

Obs. XVIII, hémorrhagies profuses par la bouche en 30 heures.

Obs. XL, phtisie au 11^e jour.

Tous les autres cas ont guéri opératoirement; fonctionnellement ils ont tous été améliorés grandement ou guéris; par la suite ils se décomposent ainsi:

(b) **Evolution de l'ulcère** : $2 = 4\%$ (d'autres cas ont pu échapper).

Obs. X, mort après un an $1/2$ par dégénérescence cancéreuse;

Obs. XV, mort par hématomésès 2 ans après, réveil d'ulcère, le néopylore étant perméable.

(c) **Grande amélioration** : $5 = 10\%$; guérison incomplète ou lente à se produire.

Obs. XX, XXVIII, XXIX, XXXI, XLVIII.

(d) **Guérison complète** : $45 = 90\%$. Cette guérison s'est toujours confirmée sur les malades revus ultérieurement, soit après 4 mois (2); 5 mois (3), 6 mois (1); 8 mois (1); 9 mois (1); 1 an (2); 14 mois (1); 16 mois (1); 2 ans (2); enfin 2 ans $1/2$ (1).

Ces faits demandent à être repris de plus près; il nous faut distinguer ici les résultats immédiats et éloignés.

1° *Résultats immédiats*. — Ils sont excellents et bien de nature à expliquer le nombre des travaux parus récemment sur le question et la vogue de la gastro-entérostomie pour ulcère simple, ces dernières années. Nous voyons par elle des résurrections se produire; le soulagement des douleurs est immédiat, les vomissements cessent et, rapidement, des malades condamnés aux lavements nutritifs peuvent com-

mencer à s'alimenter. Les hémorrhagies chroniques surtout sont avantageusement enrayées par la gastro-entérostomie. Cette opération apparaît, d'autre part, de gravité très réduite : 6 % avons-nous vu, sur une statistique comprenant plusieurs cas, datant de plusieurs années déjà, mortalité certainement supérieure, par conséquent, à la mortalité actuelle.

De plus, elle est plus innocente et mieux réglée que l'excision de l'ulcère, souvent difficile à trouver ou retenu par des adhérences profondes; de telle sorte que cette dernière devient, en fait, une opération d'exception, cédant le pas à la gastro-entérostomie, plus bénigne, d'application plus générale et, peut-être théoriquement plus efficace. Ces résultats sont surtout intéressants si l'on compare à la mortalité opératoire que nous venons d'établir la mortalité naturelle des cas traités, mortalité double ou triple de celle des ulcères pris en bloc, puisqu'il ne s'agit ici que de cas sévères, rebelles au traitement médical et en imminence de complication.

2° *Résultats éloignés.* — Mais que deviennent ces guérisons immédiates? C'est ce que nous savons moins à l'heure actuelle. Nous voyons bien plusieurs des malades, suivis depuis quelques mois, voire un et deux ans. Mais c'est aussi à cette date que meurent deux autres opérés, l'un par transformation cancéreuse de l'ulcère, l'autre par hématoméso. Ce dernier cas, communiqué par M. Bouveret, est particulièrement intéressant. Le néo-pylore était, à sa deuxième année, largement perméable et souple; il

n'entrava ni l'évolution de l'ulcère, ni l'hématémèse dont mourut le malade. Il serait bien étonnant qu'une opération simplement dérivative, comme la gastro-entérostomie, ait une action certaine et définitive sur les lésions gastriques ; elle met l'estomac au repos et ses lésions dans les meilleures conditions de guérison spontanée ; il en résulte une sédation à peu près constante des symptômes, temps d'arrêt ou guérison confirmée ; c'est ce dont l'avenir nous donnera la proportion exacte.

Ces derniers temps, Kelling (*loc. cit.*), craignant que l'ulcère ne vint à récidiver après l'oblitération spontanée précoce de la bouche gastro-intestinale et redoutant, d'autre part, comme nous l'avons vu, cette oblitération, dans les cas de perméabilité pylorique conservée, a proposé l'opération de la ligature ou suture du pylore, pour rendre la gastro-entérostomie permanente. Mais une fistule temporaire ne pourrait-elle suffire à la cicatrisation d'un ulcère, à moins de frais ; et le cas susdit de M. Bouveret ne nous montre-t-il pas une récurrence mortelle d'ulcère coïncidant, d'autre part, avec un néopylore souple et perméable ?

Après ces réserves et celles que comporte la crainte (bien minime, il est vrai) d'ulcères peptiques du jéjunum (1), sur lesquels nous nous sommes déjà

(1) KELLING (*Ibid.*), très partisan de la gastro-entérostomie en Y, la déconseille ici ; il préconise exclusivement l'anastomose latérale, dans l'espoir d'avoir ainsi une neutralisation plus rapide du chyme par les sucs biliaire et pancréatique. Dans ce même ordre d'idées, et pour éviter l'action du suc gastrique hyperacide sur l'intestin (si, par la suite,

expliqué, convenons de la fréquence des guérisons confirmées. Il est des cas où cette guérison a été, en quelque sorte, objectivée par la rétrocession progressive de paquets inflammatoires fondant après l'intervention. Ces cas sont, à l'heure actuelle, assez nombreux. Citons, entre autres, ceux de Chaput et de Mauclaire à la Société de Chirurgie de 1898 et 1899, celui de Bowremann Jesset, dans la *Lancet* de 1900, etc.

3^e Indication. — Nous venons de voir que les résultats immédiats de la gastro-entérostomie sont des plus remarquables dans l'ulcère chronique de l'estomac; les résultats éloignés, plus discutables malgré de nombreuses guérisons qui paraissent définitives.

Quels sont donc les cas qui relèvent de l'opération ?

Quelques auteurs comparant la mortalité opératoire moyenne de 5 % à la mortalité de l'ulcère, beaucoup plus élevée, conseillent l'opération systématique dans tous les cas. Debove et Rémond donnent, en effet, sur cent cas d'ulcère, 50 guérisons, 13 perforations, 5 hémorragies foudroyantes, 5 cachexies, 7 complications indéterminées, 20 tubercu-

elle était mieux démontrée par les faits), on pourrait, nous semble-t-il, recourir tout spécialement, dans ces cas, à la gastro-duodénostomie sous-pylorique conçue, en 1892, et exécutée, en 1894, par M. le professeur Jaboulay, puis bien décrite et plusieurs fois utilisée par M. Villard (*Rev. de Chir.*, 1900); et th. Grollier, Lyon 1899-00).

loses pulmonaires soit 50 % de mortalité. Aussi Tricomi (*Riforma Medica*, 1899) incline-t-il à traiter tous les cas d'ulcère par la gastro-entérostomie. De même, Heidenreich (*Sem. Méd.*, 1898) quoique ne donnant que 25 à 30 % de mortalité à l'ulcère et 16 % à la gastro-entérostomie. Telle serait aussi la tendance de Mayo Robson (*Lancet*, 1901). Mais les chiffres donnés s'appliquent aux cas rebelles de l'ulcère; il est indiscutable que cette maladie guérit fréquemment par un traitement médical dont il convient, en tous cas, de faire bénéficier les malades. Si l'ulcère, en apparence guéri par le traitement médical, est fréquemment sujet à des récives, les guérisons définitives et lointaines après la gastro-entérostomie ne sont pas non plus constantes, ainsi que le démontrent deux de nos cas recueillis, quoique beaucoup plus fréquentes.

On ne privera donc pas les malades du bénéfice d'un traitement médical sérieux et prolongé par un régime approprié, par les cures de jeûne surtout, et l'on ne conseillera l'intervention chirurgicale que dans des cas définis.

a). Les hémorrhagies chroniques et à répétition qui anémient peu à peu les malades seront une des meilleures indications de gastro-entérostomie.

b). L'intensité des douleurs et les vomissements incoercibles résistant aux cures de jeûne et condamnant les malades à la prolongation de l'alimentation rectale.

c). L'inanition et la tendance à la cachexie.

d). L'imminence de complications, périgastrites, perforations.

e). La situation sociale du malade sera aussi à considérer, s'il ne peut, à sa sortie de l'hôpital, s'astreindre pour longtemps au régime diététique sévère et coûteux auquel il est condamné.

Telles sont, d'ailleurs, les conclusions de Marion en 1897; Turlais, en 1900; Mayo-Robson, en 1901 (*Loc. cit.*); Tricomi, en 1900.

Il faut savoir, en effet, que, dans ces cas, le traitement chirurgical est à conseiller et que l'intervention de choix est la gastro-entérostomie. En drainant l'organe, elle remédie au spasme du pylore et l'ulcère, n'étant plus irrité par les sécrétions acides, paraît se cicatriser rapidement dans la plupart des observations. Cette intervention est aujourd'hui préconisée par un grand nombre de chirurgiens; ses résultats immédiats sont excellents; ses résultats éloignés, connus en moins grand nombre, sont souvent des guérisons confirmées.

II. — Cancers

La gastro-entérostomie a été pratiquée un assez grand nombre de fois pour le cancer non sténosant, parfois systématiquement décidée, plus souvent peut-être acceptée en cours de route, au milieu d'une intervention entreprise pour enlever le néoplasme. Ces derniers cas semblent les plus fréquents; on ne leur accorde généralement pas un grand intérêt et ils ne sont pas toujours publiés.

Montprofit (au 12^e Congrès international de Paris de 1900) considère la gastro-entérostomie comme un palliatif « dans les tumeurs qui n'intéressent pas le pylore ».

Mais, presque tous les documents sur la question sont allemands et ont été réunis par Chlumsky, dans son article des *Beitrage* de 1900. Les voici :

Observations

1. — CHLUMSKY. — *Loc. cit.* Obs. VI.

Cancer de la petite courbure. Femme, 47 ans.

Début depuis 1 an 1/2.

Laparotomie : tumeur perceptible, du volume du poing : à la petite courbure ; pylore libre ; pas de dilatation.

Gastro-entérostomie antérieure précolique.

Guérison ; la cicatrice laisse écouler un liquide (intestinal ?).

Mort, le 23^e jour, d'accidents pulmonaires.

Autopsie : broncho-pneumonie, myocardite.

Cancer juxta-pylorique avec deux perforations.

2. — CHLUMSKY. — *Loc. cit.* Obs. XIX. Femme, 44 ans.

Cancer de la petite courbure, adhérent au foie, inextirpable, avec ganglions.

Début depuis 5 ans 1/2, tumeur perceptible.

Gastro-entérostomie. Mort en 15 jours.

Autopsie : carcinose miliaire.

Bouton dans l'estomac.

3. — CHLUMSKY. — *Loc. cit.* Obs. II. Homme 50 ans.

Cancer de la petite courbure, adhérent au pancréas, pylore libre.

Début depuis trois mois.

Gastro-entérostomie antérieure précolique.

Torsion sur l'axe ; au 4^e jour, vomissements bilieux.

Relaparotomie et entéro-anastomose au-dessous du point de torsion. Guérison.

- | | | | | |
|-----|--------------|------|------|--|
| 4. | <i>Ibid.</i> | Obs. | 80. | Homme. Cancer à l'estomac. Gastro-entérostomie. Guérison. Sort après un mois. |
| 5. | » | » | 81. | Homme. Cancer. Gastro-entérostomie. Sort après un mois. |
| 6. | » | » | 84. | Homme. Cancer. Sort après un mois ; survie trois mois. |
| 7. | » | » | 85. | Femme. Cancer. Sort après un mois ; survie deux mois et demi. |
| 8. | » | » | 92. | Cancer de la petite courbure et de la face postérieure, estomac petit. Début depuis neuf mois. Gastro-entérostomie. Guérison opératoire. |
| 9. | » | » | 99. | Guérison opératoire. |
| 10. | » | » | 100. | » |
| 11. | » | » | 102. | » |
| 12. | » | » | 107. | » |
| 13. | » | » | 108. | Cancer adhérent de la petite courbure. Guérison ; survie huit mois et demi. |
| 14. | » | » | 109. | Guérison ; survie trois mois et demi. |
| 15. | » | » | 115. | » |
| 16. | » | » | 118. | » cinq mois. |
| 17. | » | » | 119. | » plus de douleurs ; survie neuf mois. |
| 18. | » | » | 124. | Guérison ; survie un mois et demi. |
| 19. | » | » | 126. | » |

20. *Ibid.* Obs. 127. » » »
21. » » 129. Guérison; survie six mois.
22. » » 134. Mort au 25^e jour par carcïnose miliaire.
23. » » 142. Guérison, maintenue après trois mois.
24. CHLUMSKY (1^{re} statistique des *Beitrage* de 1898).
Obs. 30. Femme, 30 ans; survie deux mois.
25. *Ibid.*, obs. 32. Homme, 36 ans; survie trois mois.
26. » » 34. Homme, 53 ans; survie quatre mois.
27. » » 35. Femme, 36 ans; survie douze mois (Kader).
28. » » 38. Homme, 48 ans; survie quatre mois (Henle.)
29. » » 40. Homme, 57 ans. Mort le 1^{er} jour.
30. » » 60. Guérisons; survies inconnues.
31. » » 61. » »
32. » » 65. » »
33. » » 66. » »
34. » » 67. » »
35. » » 68. » »
36. » » 69. » »
37. » » 71. » »
38. » » 72. » »

Il est difficile de tirer de ces faits un grand enseignement. Mais Krœnlein nous apporte au 31^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie de nouvelles données.

Il cite 264 cas de cancers, dont :

Survie moyenne.

67 abstentions	110 jours.
73 laparotomies exploratrices	—
50 ablations	indéterminée.

39 à 112. — 74 gastro-entéro-anastomoses. 3 mois de plus.

Il pratique cette dernière intervention toutes les fois que, le néoplasme étant inopérable, il existe de la sténose ou simplement de la stagnation.

Tel est aussi l'avis de Tricomi sur ce point.

113. — Notre maître, M. Vallas, vient d'opérer par la gastro-entérostomie un homme de 68 ans, atteint depuis un an et demi, d'un cancer non sténosant de la petite courbure. Le malade ne vomissait pas et n'avait aucun signe de sténose, mais il souffrait atrocement. L'opération ne date que de quelques jours, mais le malade en accuse un grand soulagement.

Ici encore, la jéjunostomie, pratiquée déjà depuis 1894, a été reprise ces dernières années par les Allemands. Maydl et Kelling (*Loc.cit.*) l'ont défendue en 1898 et 1900. Mais ces tentatives ne paraissent pas s'être bien multipliées, même en Allemagne, et Chlumsky, assistant de Hahn (*Loc.cit.*), s'est attaché à la proscrire en réfutant les arguments des jéjunostomistes, auxquels, nous l'avons vu, il fait quelques concessions pour l'ulcère. Nous ne ferons qu'exposer son argumentation.

a). L'orifice de la gastro-entérostomie, disent les

jéjunostomistes, pourra être envahi ultérieurement par le néoplasme.

Ces cas sont rares, si le néopylore a été établi à distance de la tumeur, au besoin par une gastro-entérostomie antérieure ; les métastases devancent alors, habituellement, l'envahissement de voisinage de la bouche gastro-intestinale.

Il existe pourtant un certain nombre de réintervention devenues nécessaires.

b). La gastro-entérostomie ne met pas l'estomac au repos complet, et l'on sait l'influence énorme des excitations mécaniques sur la croissance des néoplasmes ; les résultats ultérieurs sont moins bons.

Mais, au contraire, on peut opposer les faits de Rosenheim, Alsberg, Czerny, Ewald. Comme survies Maydl donnait une moyenne de cinq mois ; Chlumsky a obtenu, au contraire, cinq mois et demi ; Czerny sept à huit mois ; Bieber huit mois, par la gastro-entéroanastomose. Enfin, l'existence de ces derniers opérés a été moins triste, au point de vue matériel et psychique, que celle des jéjunostomisés dont Czerny proclamait, à la Société Médicale de Leipzig en 1897, la situation « plus lamentable que celle des gastrostomisés » d'alors.

c). La gastro-entérostomie est plus dangereuse. Maydl donnait 18 % contre 31 %.

Ici, encore, Chlumsky renverse la proportion et, réunissant 9 cas de jéjunostomie et 78 cas de gastro-

entérostomie, donne 26 0/0 de mortalité dans celle-ci, 66 0/0 dans celle-la.

d). Enfin, la jéjunostomie est possible dans tous les cas, même avec une infiltration cancéreuse totale de l'estomac, rendant impossible la gastro-entérostomie.

Mais, alors, quel résultat attendre d'une intervention quelconque ?

Ainsi pensent aussi Czerny, Volfler, Eiselsberg, et la plupart des auteurs s'entendent aussi à proscrire la jéjunostomie.

Mais quels sont les cancers qu'il faudra gastro-entérostomiser ?

Pour nous, la question ne se pose pas ainsi et nous n'hésitons pas à dire que la statistique la plus importante et la plus récente, recueillie par Kronlein (*Loc. cit.*) donnant trois mois de plus aux cancers systématiquement gastro-entérostomisés, ne nous paraît pas suffisante pour proposer dans tous les cas cette opération simplement palliative.

On interviendra, dans le cancer non sténosant, mais par une ablation chirurgicale, toutes les fois que celle-ci paraîtra possible et que l'on sera en droit d'espérer les conditions anatomiques qui rendent une gastrectomie rationnelle, c'est-à-dire prudente et totale. Nous n'insistons pas, sur ce point, hors des limites de notre sujet, nous contentant de renvoyer à Guinard (*Loc. cit.*). Mais combien souvent le chirurgien n'est-il pas déçu ? L'étendue et surtout les

adhérences de la tumeur, l'existence de ganglions inextirpables lui montrent l'inutilité et les dangers de son intervention, qu'il avait cru pouvoir faire radicale. Va-t-il refermer le ventre après une laparotomie exploratrice? C'est ici que se présente la gastro-entérostomie; grâce à elle, l'opération entreprise n'aura pas été inutile, le cancer, mis au repos, progressera plus lentement, suivant la loi bien connue de pathologie générale et le malade aura à attendre, de ce chef, une prolongation moyenne de trois mois de plus; enfin, il évitera les accidents de sténose pylorique ultérieure et le danger plus grand d'une gastro-entérostomie faite d'urgence, sur un malade plus affaibli. On a, d'ailleurs, vu, sous cette influence, cancers comme ulcères rétrocéder. Que cette rétrocession soit temporaire et porte sur l'élément inflammatoire du néoplasme, elle n'en est pas moins intéressante; or, elle a été constatée non seulement dans un grand nombre de cas cliniques, aussitôt récusés, mais aussi dans plusieurs autopsies (1).

La gastro-entérostomie, comme opération dérivative précocce, de mise au repos, devant la sténose pylorique, nous paraît donc une opération rationnelle, mais la prolongation qu'elle donne aux cancéreux est trop faible, pour nous la faire conseiller systématiquement. Au cours d'une ablation radicale, au contraire, la gastro-entérostomie restera, ou comme un premier temps opératoire (Méthode de Carle), com-

(1) Voyez entre autres: CECCHERELLI. — *Riforma Med.*, 1899.

parable à l'établissement préliminaire de l'anus contre nature enseigné depuis notre maître M. le professeur M. Pollosson, dans l'extirpation de certains néoplasmes du rectum, ou comme un pis-aller très prudent et très utile, si l'on constate en cours d'opération, une contre-indication anatomique à la gastrectomie projetée. Ces cas seront encore malheureusement assez nombreux.

Index bibliographique

- CAHN. — Gastroenterostomie wegen Schmerzhaften Magengeschwürs ohne Stenoseerscheinungen (*Centralbl. f. Chir.*, 1894).
- CHAPUT. — Gastro-entérostomie pour ulcère gastrique avec tumeur. Guérison des douleurs et de la tumeur (*Bull. Soc. Chir.*, 1898).
- CHLUMSKY. — 1898, *loc. cit.*
— 1900, *loc. cit.*
- COMTE. — Traitement chirurgical de l'ulcère rond (*Sem. Méd.*, 1897).
- DOYEN. — X^e Congrès français de Chirurgie, 1896.
— Congrès de Chirurgie, 1900.
- FLEINER. — Rapp. XX^e Congrès allemand de Médecine interne, 1902.
- GUINARD. — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac (Th. Paris, 1898).
- HARTMANN. — De la gastro-entérostomie dans l'ulcère de l'estomac (*Soc. de Chir.*, 1897).
- HARTMANN. — Congr. de Chir., 1899.
- HARTMANN. — *Loc. cit.*
- KELLING. — *Loc. cit.*
- KLAUSSEFER. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac (*Centralbl. f. Chir.*, 1896).
- KROGIUS. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (*Centralbl. f. Chir.*, 1896).
- KUSSTER. — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894).
- KRÖNLEIN. — XXXI^e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie, 1902.

- LAMBOTTE. — Un cas de gastro-entérostomie pour ulcère du pylore (*Annales de la Soc. Belge de Chir.*, 1896, t. IV).
- LEUBE. — Ueber die Erfolge Internen Behandlung des peptischen Magengeschwürs und die Indicationen zum chirurgischen Eingreifen (*Grenzgebiete*, 1897, b. II).
- MARION. — De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac (Th. Paris, 1897-1898).
- MAUCLAIRE. — Un cas identique, rapport de Hartmann (*Ibid*).
- MAYDL. — (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir., t. III, p. 532, 1898).
- MAYO. — *Loc. cit.*
- MAYO ROBSON. — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. *Lancet*, 1901.
- MAYO ROBSON and MONYHAM. — *Loc. cit.*
- MONTPROFIT. — XII^e Congrès internat. Paris, 1900.
- NACCIARONE. — Crisi gastralgiche per ulcera peripilorica stenosi spastica del piloro. Gastroenterostomia (*Arte. Med. Napoli*, 1900, II).
- PARKER. — The operative treatment of ulcer of the Stomach, with report of a recent successfull case (*Ann. of Surgery. Philad. Med. Journ.*, 1895, t. I).
- SAVARIAUD. — *Loc. cit.*
- TRICOMI. — Traitement radical des ulcérations gastriques en voie d'évolution (*Arch. Prov. de Chir.*, 1897).
- TRICOMI. — 1900. *Loc. cit.*
- TRICOMI. — Contributo clinico alla cura radicale dell'ulcera semplice gastrica in corso di evoluzione *Riforma Med. Napoli*, 1899).
- TUFFIER. — Trois cas de gastro-entérostomie pour ulcères simples de l'estomac, avec hémorrhagie ou péritonite (*Bull. Soc. Chir.*, 1897).
- TURLAIS. — Traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac (Th. Paris, 1900-1901).
- WEIR et FOOTE. — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (*Med. News*, 1896).

CHAPITRE IV

LÉSIONS MÉCANIQUES

(*Extrapyloriques*)

I. — ESTOMAC BILOCULAIRE

L'estomac biloculaire bien étudié dans nombre de travaux (hors du cadre de cette étude) fournit assez fréquemment, qu'il soit ou non diagnostiqué, des indications opératoires. Mais jusqu'en ces dernières années, on s'était toujours adressé à des opérations plastiques et anastomotiques, rétablissant la communication libre entre les 2 poches. Telle la gastro-plastie de Krukenberg-Doyen (1892), telle la gastro gastrostomie de Wolfler-Keen (1894), telle, plus récemment, l'excision de l'anneau stricturé. En 1895-96, Perret dans sa thèse, (Th. Lyon 95-96), cite seulement la gastro-entérostomie dont il ne rapporte pas d'observations.

Mais cette dernière opération est bientôt prônée par von Eiselsberg, en 1894, Guillemot dans sa thèse de 1898-99, S. Catellani, puis Frada, dans leurs importants articles de la *Riforma* de 1899 et 1901, Monyham dans la *Lancet* de 1901.

Que l'opération idéale en théorie et, le plus souvent aussi en pratique, soit le rétablissement de la communication des poches par l'un des procédés susdits, personne n'y contredira ; mais n'existe-t-il pas des cas où la gastro-entérostomie devient préférable, dans des conditions anatomiques déterminées ?

C'est en effet au cours de la laparotomie et d'après les résultats de l'exploration systématique de l'organe que se règle le plan opératoire ; mieux encore c'est par là souvent que se précise où se redresse un diagnostic flottant ou erronné. — Cette exploration rapide, mais méthodique de tout l'estomac montrera le siège de la stricture, le volume et la situation respective des deux poches, le calibre du point stricturé, l'étendue et la résistance des adhérences de voisinage, l'état du pylore, parfois l'aspect récent ou cicatriciel de l'ulcère. — Tous ces points ont leur importance dans la détermination pratique du chirurgien. — Il semble, en effet, d'après les conclusions des auteurs précités, que la gastro-entérostomie soit à préconiser dans les cas suivants :

1^o Lorsque l'ulcère causal est en activité, parce que, d'une part on aurait peut-être des récidives à redouter d'une opération locale, et que de l'autre, la gastro-entérostomie peut guérir l'ulcère.

2° Lorsqu'il existe ou paraît exister des sténoses en aval, prépyloriques ou pyloriques par adhérence, coutures ou cicatrice.

3° Lorsque la stricture médiogastrique rend une opération locale difficile, qu'elle est maintenue par de larges adhérences périphériques dont la libération laborieuse laisserait des surfaces dénudées impossibles à péritoniser, amorce de récidives ultérieures, ou que la distance et la situation des deux poches ne permettent pas entre elles l'établissement d'un anastomose facile, large et déclive.

4° Lorsque enfin la poche cardiaque est grande et que l'anastomose intestinale, portant sur elle, n'aurait pas à exclure, avec la poche pylorique, une trop grande partie de l'estomac.

Dans ces conditions, il y aura lieu de préférer aux opérations locales, plus rationnelles et plus séduisantes à *priori*, la gastro-entérostomie, qui donne d'autre part d'excellents résultats.

En réunissant en effet, les 8 cas de Perret, les 2 nouveaux de Marion, les 8 observations de Tricomi et les 7 de Guillemot, on arrive avec cet auteur à un total de 25 opérations, dont

a) 20 opérations locales (16 guérisons, 1 mort, 1 récidive, 2 insuccès), gastropplasties et gastro-anastomoses.

b) 5 gastro-entérostomies (4 guérisons, 1 mort).

(Ce dernier cas, dû à Hartmann aurait été pratiqué sur la poche pylorique).

Depuis, Mayo Rosbon a porté cette statistique

à 32 cas, dans son article de la Lancet, puis à 56 cas dans son livre.

Ces cas se répartissent ainsi :

38 recueillis :	31 opérations locales....	6 morts
	7 gastro-entérostomies..	3 »
18 personnels :	15 opérations locales	1 »
	3 gastro-entérostomies..	0 »

Il semblerait donc que la gastro-entérostomie soit plus grave. Il n'en est rien, tout au contraire. En effet, à ces 10 opérations avec 3 morts (33 0/0), nous en avons pu ajouter 18 autres recueillies avec 2 morts (11 0/0).

Cela fait, sur les 28 gastro-entérostomies dont nous donnons l'indication, une mortalité de 18 1/2 0/0. D'autre part et surtout, il est intéressant de voir que, sur ces 5 morts, 4 soient dues à une faute d'examen et de technique, la biloculation de l'estomac ayant été méconnue et l'anastomose pratiquée sur la poche pylorique. Un seul malade mourut après anastomose sur la poche cardiaque, avec de la stagnation par coudure dans la poche inférieure.

Il y a donc lieu d'attendre, lorsqu'une opération locale sur la stricture paraît difficile, des résultats au moins aussi bons de la gastro-entérostomie. Il conviendra dans tous les cas où l'on peut songer à un estomac biloculaire de confirmer ce diagnostic par une exploration méthodique et complète de l'organe, pour ne pas s'exposer aux mécomptes d'un gastro-entérostomie pylorique, pratiquée en aval de l'obstacle. Il sera bon de songer, en même temps, au drainage de la poche inférieure, si elle apparaît déclive

ou distendue, avec probabilité de sténosé du pylore, et d'ajouter alors comme opération complémentaire à la gastro-entérostomie cardiaque, soit une gastro-entérostomie pylorique, pratiquée en aval sur la même anse, soit une gastro-gastrostomie, suivant la pratique de Weir et Foote et le conseil de Mayo-Robson. Il faudra, autant que possible, s'abstenir de la gastro-entérostomie isolée, lorsque le compartiment cardiaque est très réduit, l'anastomose pratiquée sur lui équivalant alors à une exclusion presque totale de l'estomac.

Voici, d'ailleurs, le résultat de notre statistique ; de 28 cas :

a). Cinq morts : Quatre relevant de la méconnaissance de l'estomac biloculaire, et de l'établissement de la bouche sur la poche pylorique.

Morts rapides, deux fois le 5^e jour.

Vomissements, parfois diarrhée.

Une seule après établissement de la bouche sur la poche cardiaque.

Mort tardive au 45^e jour, vomissements.

A l'autopsie, stagnation dans la poche pylorique.

b). Vingt-trois guérisons. Dans la moitié des cas, les malades ont été revus de deux à six mois après, la guérison se maintenait.

Un cas fut pratiqué pour récurrence d'une gastroplastie.

Un cas consista en une gastroplastie associée à la gastro-entérostomie.

Un cas nécessita une gastro-entérostomie pylorique complémentaire.

Observations.

1. — VON HACKER (*Wiener Klin. Woch.*, 1895).

Estomac biloculaire par ingestion d'acide nitrique et cicatrice circulaire de la grande à la petite courbure.

Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Guérison.

2. — TUFFIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1897
in MONYHAM, *loc. cit.*).

Estomac biloculaire, deux cavités dilatées.

Gastro-entérostomie entre poche cardiaque et intestin, amélioration partielle.

Gastro-entérostomie entre poche pylorique et intestin.

Guérison complète après cette deuxième opération complémentaire.

3. — EISELSBERG. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1898 (*in* MONYHAM).

Estomac biloculaire.

Orifice admettant le petit doigt. Gastroplastie.

Amélioration, retour des symptômes après neuf mois.

Gastro-entérostomie après douze mois.

Guérison complète après cette deuxième intervention.

4. — EISELSBERG. — *Ibid* (*in* MONYHAM).

Estomac biloculaire ; stricture voisine du cardia et intimement adhérente au foie.

Gastro-entérostomie. Guérison complète.

5. — HOCHENEGG (Soc. impériale des médecins de Vienne, 1893).

Homme 18 ans.

Estomac biloculaire (forme congénitale compliquée d'ulcère).

Poche cardiaque grosse, poche pylorique petite, communication très étroite.

Gastro-entérostomie de Volffler avec gastro-gastrostomie.
Guérison.

6. — MARION (Obs. VII de Guillemot).

Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie. Guérison maintenue depuis trois mois.

Femme 41 ans.

Troubles gastriques datant de 9 ans, symptômes d'ulcère, douleurs, vomissements parfois striés de sang. Amaigrissement.

Sensation de tumeur superficielle.

On pense à des adhérences.

Laparotomie. Masse indurée repliant la petite courbure (inflammation ou tumeur)?

A droite de cette masse, portion saine mais dilatée de l'estomac.

Gastro-entérostomie sur la poche cardiaque.

Guérison, maintenue après trois mois.

7. — S. CATELLANI (*Riforma medica*, janvier 1899, Obs. V de Guillemot).

Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie avec la poche cardiaque. Guérison maintenue depuis cinq mois.

Femme 34 ans.— Rien de particulier dans son hérédité.

Début de l'affection: par de fortes douleurs à l'épigastre, demi heure après les repas, durant trois ou quatre heures, et s'irradiant à la colonne vertébrale. Jamais de vomissements. Deux mois après le début des douleurs, la malade a remarqué la présence d'une tuméfaction, grosse comme une noix, dure, douloureuse à la pression, juste au-dessous de l'arc costal gauche, sur la ligne parasternale.

La tuméfaction va en augmentant un peu, les douleurs deviennent persistantes et intenses après les repas. Dépérissement général.

Examen quatre mois après le début des accidents douloureux: Femme anémiée, amaigrie.

A l'examen du ventre, palpation douloureuse au niveau de l'épigastre et du 1/4 inférieur gauche de l'abdomen. Tuméfaction mal limitée, de consistance dure, fibreuse. La limite de l'estomac est à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Pas de clapotage.

Intervention.— Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic.

Adhérence de l'estomac avec la paroi abdominale antérieure, à trois travers de doigts au-dessous de l'arc costal, sur la ligne parasternale gauche prolongée, ayant la dimension d'une pièce de cinq centimes, avec rétrécissement sous-jacent de la poche stomacale et division de celles-ci en deux portions. On libère l'adhérence.

Gastro-entérostomie par le procédé de Roux. Suites bonnes. Guérison maintenue au bout de cinq mois.

8. HARTMANN (in Guillemot).

Estomac en sablier, alcoolisme.

Mort avec diarrhée profuse.

Gastro-entéro-anastomose faite sur la poche pylorique.

9. — CARLE et FANTINO (*Il policlinico*, juillet 1898, obs. I, de Guillemot.)

Estomac en bissac. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

Femme, 39 ans.

Symptômes anciens d'ulcère, plusieurs séjours à l'hôpital.

Liquide alternativement clair et sale au lavage.

Dilatation, vomissements acides.

Laparotomie, deux poches superposées, la supérieure deux à trois fois plus grosse, l'inférieure, coudée en haut; orifice de trois doigts. Le pylore, pris dans des adhérences, ne peut être examiné suffisamment. L'état général de la malade et l'impossibilité d'examiner le pylore au point de vue de son calibre, font décider la gastro-entérostomie.

Mort au 45^e jour, coma dyspeptique, vomissements.

Autopsie. Stagnation dans la poche inférieure.

Obstacle plus par coudure que par diminution de calibre.

10. — TUFFIER (Obs. III. de Guillemot.)

Estomac en bissac, trois interventions : 1^o gastro-entérostomie ; 2^o libération d'adhérences et nouvelle gastro-entérostomie large ; 3^o libération d'adhérences.

Femme, 36 ans.

Douleurs, vomissements.

Coliques hépatiques, rein flottant.

Diagnostic d'estomac biloculaire, par M. Hayem, sans ulcère ni sténose pylorique.

1^{re} intervention : Estomac biloculaire. Vésicule adhérente. Gastro-entérostomie postérieure. Fixation et ouverture secondaire de la vésicule.

2^e intervention (un mois après), pour douleurs et quelques vomissements. Libération des adhérences. Fermeture de la vésicule. Nouvelle large gastro-entérostomie.

3^e Intervention (un mois après), toujours pour douleurs et vomissements. Libération incomplète d'adhérence.

Guérison maintenue après deux mois.

11. — BIER, 1898. — (*In*, M. Robson and Monyham, *loc. cit.* p. 188).

Estomac biloculaire.

Femme, 29 ans.

Douleurs depuis dix ans, hématémèses.

Estomac dilaté.

Op. Rétrécissement du pylore.

Gastro-duodénostomie. Mort.

Autopsie. Estomac en sablier.

On avait pris la poche *pylorique* pour l'estomac tout entier.

12. — KLEIN (*Wien. Klin Rundschau*, 1900), in Monyham.

Estomac biloculaire cicatriciel par liquide corrosif.

Gastro-duodénostomie. Guérison complète.

13. — SIDNEY MARTIN et BILTON POLLARD (*Britisch méd. journ.* 1900), in Monyham.

Estomac biloculaire et sténose pylorique.

Petit abcès péripylorique.

La poche pylorique, plus grande, est prise pour l'estomac entier.

Gastro-entérostomie sur la poche *pylorique*.

Mort au 5^e jour.

14. — CHLUMSKY (*Beitz. f. Klin. Chir.*, 1900, obs LXXV).

Homme, 39 ans.

Douleurs, vomissements.

Estomac en sablier.

Ulcère de l'estomac, adhérent au pancréas.

Gastro-plastie et gastro-entérostomie en Y

Guérison maintenue après trois mois.

15. — CHLUMSKY (*Ibid*, obs. CXXII).

Homme, 35 ans.

Douleurs, vomissements.

Hématémèse et méloëna.

Estomac en sablier.

Gastro-entérostomie. Guérison.

16. — CATELLANI (6^e Congrès ligur., 1900).

Estomac biloculaire acquis, par cicatrice de la grande courbure et de la paroi antérieure : diagnostic fait.

Gastro-entérostomie de Roux entre le jéjunum et la poche cardiaque.

Guérison opératoire et fonctionnelle.

17. — TRICOMI. — (*Contributo clinico alla gastroentérostomia. Il Policlinico*, 1900).

Femme, 38 ans. Troubles gastriques depuis dix ans, douleurs à irradiation dorsale, vomissements. Aggravation depuis deux ans. Dilatation gastrique, pas de tumeur.

Opération en 1898. Tumeur et sténose pyloriques. Adhérences et estomac biloculaire. Gastro-entérostomie de Roux.

Guérison opératoire et fonctionnelle.

18. — TRICOMI (*Ibid.*)

Femme, 45 ans, malade depuis cinq ans, symptômes d'ulcère simple.

Opération. Epaissement de la petite courbure et de la paroi antérieure qui portent plusieurs ulcères. Poche cardiaque grosse.

Gastro-entérostomie de Roux sur la poche cardiaque.

Guérison opératoire et fonctionnelle.

19. — M. ROBSON. — *Loc. cit.*, obs. IV.

Homme, 55 ans.

Symptômes d'ulcère depuis trois ans. Estomac en sablier. Vomissements, amaigrissement.

Opération. Gastro-entérostomie en octobre 1900. Guérison. Embonpoint de 3 kg.

20. — M. ROBSON. — *Loc. cit.*, obs. VIII.

Femme, 25 ans.

Estomac en sablier. Ulcère en évolution (trouvé au niveau du point stricturé).

Opération. Gastro-entérostomie en novembre 1900.

Guérison lente, régime lacté pendant longtemps. Embonpoint de 3 kg. 1/2 après cinq mois.

21. — M. ROBSON. — *Loc. cit.*, obs. XVI.

Femme, 49 ans.

Estomac en sablier.

Opération. Gastro-entérostomie en janvier 1901. Guérison. Embonpoint de 2 kg. en un mois.

22. — M. ROBSON (*loc. cit.* Obs. XIII, p. 192).

Homme, douleurs depuis trois ans.

Adhérences au foie et au colon.

Stricture médio-gastrique.

Op. : novembre 1900. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

23. — M. ROBSON (*loc. cit.* Obs. XIV, p. 192).

Homme, 53 ans. Douleurs depuis deux ans.

Amaigrissement de 10 kg.

Estomac en sablier. Stricture à trois pouces du pylore.

Op. : Gastro-entérostomie postérieure en décembre 1900.

Guérison retardée par des vomissements nécessitant le régime lacté pendant quelque temps, mais complète.

24. — M. ROBSON (*loc. cit.* Obs. XII, p. 191).

Homme, 52 ans.

Douleurs depuis trois ans, vomissements.

Estomac dilaté.

Op. : Estomac en sablier, sans grande stricture, mais grande poche cardiaque.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Embonpoint de 6 kg. en six mois.

25. — SCHILDE (*British Med. Journ.* 1901, in Monyham).
Estomac biloculaire.
Poche cardiaque, petite, dissimulée sous les fausses côtes et reconnue à l'autopsie.
Gastro-entérostomie sur la poche *pylorique*.
Mort au cinquième jour.
26. — TRICOMI (inédite, in Frada, *Riforma Méd.* 1901, 3).
Femme, 40 ans, malade depuis 10 mois.
Douleurs irradiées et vomissements de l'ulcère simple.
Amaigrissement et dilatation gastrique.
Op : Estomac biloculaire. Grande poche cardiaque.
Gastro-entérostomie postérieure sur la poche cardiaque.
Guérison maintenue depuis un an.
27. — ULLMANN (*Riforma Medica*, 1901, 4).
Homme, 27 ans. Estomac biloculaire : vomissements, etc.
Gastro-entéro anastomose.
Guérison.
28. — SCHOFFER (*Prager Med. Woch.*, 1901, n° 28-29).
Estomac biloculaire et sténose pylorique.
Gastro-entérostomie. Guérison.

II. — Adhérences

Nous n'insisterons pas beaucoup sur ce point.

La gastro-entérostomie nous apparaît ici, en effet, comme un pis-aller, inférieur à la libération des adhérences, quand celle-ci est toutefois possible. Nous supposerons donc le diagnostic fait, et de la périgastrite et de l'opportunité de l'intervention.

Nous nous demanderons seulement s'il existe des cas où la libération projetée des adhérences a été, ou devra être remplacée par la simple gastro-entéro-anastomose.

Au début, dans la période des premières intervention on ne parlait que de la libération ou excision d'adhérences. Bouquet de Jolinière (Th. Lyon 1895-1896) cite ainsi 8 interventions, et Dupouy (Th. Paris, 1897-1898), 6 autres, ayant toutes consisté en des libérations directes. Marion (*Loc. cit.*) ne trouvait, sur 11 cas, tous terminés par la guérison, d'ailleurs, que la seule gastro-entérostomie de Doyen en 1893. Enfin Hale Wite (*Lancet*, 30 novembre 1901) relate encore 5 cas, tous traités par la libération. Sur ces malades, deux moururent ; l'un était atteint d'adhérences nombreuses, l'autre avait dû être réopéré pour une récurrence. Depuis quelque temps, de rares gastro-entérostomies ont été pratiquées pour adhérences gastriques simples. Nous éliminons ici, en effet, les cas beaucoup plus nombreux, où s'ajoutaient aux adhérences des motifs plus précis de gastro-entéro-anastomose, ulcère en voie d'évolution, biloculation, sténose pylorique parallèle ou consécutive, comme, par exemple, dans le dernier cas publié par M. Bérard à la Société des Sciences Médicales de Lyon (1).

Les adhérences, par elles-mêmes, fournissent-elles une indication à la gastro-entérostomie ? Tous les chirurgiens reconnaissent qu'il existe des cas, assez

(1) Soc. des Sciences Médicales de Lyon, 1901.

nombreux où la libération des adhérences gastriques, habituellement assez facile, devient, par leur siège profond (postérieur ou pylorique), par leur étendue ou leur résistance, d'une véritable difficulté et d'un réel danger pour l'intégrité des parois de l'estomac.

D'autre part, V. Eiselsberg a bien insisté sur les difficultés d'une péritonisation suffisante des surfaces dénudées que laisse l'ablation d'adhérences étendues et les récives qui s'en suivent. Les réinterventions ont été nombreuses dans ces cas, et la gymnastique par insufflation gastrique est d'un bien faible secours, semble-t-il, contre la rétractilité de ces cicatrices post-opératoires étendues.

Il y a donc des contre-indications à la libération des adhérences. Relèvent-elles de la gastro-entérostomie ou de l'abstention après laparotomie exploratrice ? On comprend bien que la motilité stomacale puisse trouver, dans l'établissement d'une bouche gastro-intestinale, un secours palliatif ; mais, habituellement, celle-ci est peu modifiée par les adhérences, les malades ne vomissent pas et sont opérés pour leurs seules douleurs, ainsi qu'il résulte dans la plupart des observations. Que peut, pour ces malades, la gastro-entérostomie ? Les cas publiés sont encore peu nombreux, mais nous en avons retenu deux assez démonstratifs ; nous en ajoutons un troisième observé dans le service de notre maître, le professeur Jaboulay, dans lequel il ne s'agissait ni d'ulcère en activité, ni de sténose, où les seules adhérences expliquaient les douleurs atroces et incessantes du malade et celui-ci guérit

par la gastro-entérostomie, après avoir subi, antérieurement une libération partielle d'adhérences, qui avait été bientôt suivie de récédive.

Observations

1. — DOYEN, 1893, *Loc. cit.* (Obs. IX, de Marion).

Homme, 33 ans.

Tous les symptômes classiques de l'ulcère.

Cachexie, phlébite double.

Intervention *in extremis*. Péritonite sus-ombilicale.

Le foie est décollé du colon et de l'estomac.

On arrive ainsi à peine à découvrir quelques centimètres de l'estomac, pour établir une gastro-entérostomie.

Guérison.

2. — WEST OF MORLEY (cité par Mayo Robson, A. Monyham p. 221).

Femme, 56 ans.

Symptômes gastriques anciens.

Dilatation (simple) de l'estomac.

Gastroplication.

• Ultérieurement, douleurs tenant à des adhérences.

Laparotomie ; adhérences étendues au foie, de la paroi antérieure au pylore. Pas de sténose, Libération difficile et partielle, complétée par une gastro-entérostomie.

Guérison et disparition des douleurs.

3. — Inédite (recueillie dans le service de M. le professeur JABOULAY).

Ulcère de la face antéro-supérieure de l'estomac ; péri-gastrite adhésive sans sténose du pylore. 1^{re} intervention : libération partielle des adhérences ; 2^e intervention (4 mois

après) pour douleurs, essai de libération complète des adhérences, gastro-entérostomie, guérison.

Homme, 42 ans, pas d'antécédents héréditaires. Toute son histoire pathologique consiste en troubles gastro-intestinaux datant de seize ans. A ce moment, étant au régiment, il commence à ressentir des douleurs abdominales très aiguës, presque déchirantes, survenant par crises passagères auxquelles il reste exposé par la suite. Pas d'éthylisme accusé, pas d'intoxication chronique, pas de syphilis.

Depuis 1895, les douleurs deviennent plus nettement gastriques, douleurs fixes, épigastriques avec irradiations dorsales, accompagnées de régurgitations acides. Les douleurs surviennent de 2 à 4 heures après le repas, elles sont exaspérées par certains aliments, calmées par les vomissements, faiblement influencées par le bicarbonate de soude. Pas d'hématémèses, mais mœlena à plusieurs reprises.

Après une période d'amélioration à la suite d'un séjour à l'hôpital (service de M. Leclerc), où il fut soumis au bi-carbonate de soude, le malade vit ses douleurs réapparaître vers la fin de 1899. Il souffrait surtout à gauche de l'épigastre, obligé de se coucher sur le dos au moment des crises; il vomissait beaucoup, maigrissait et se cachectisait sensiblement. Le régime lacté et la morphine le soulageaient alors pour un temps. Mais, souffrant toujours, il se décida à rentrer de nouveau à l'hôpital (service de M. le professeur Lépine), en décembre 1900. A l'entrée, état général et embonpoint encore satisfaisants. Le malade ne se plaint que de ses douleurs gastriques, survenant à peu près chaque jour, trois à six heures après les repas; l'abdomen est un peu ballonné en dessous de l'ombilic, l'épigastre étant plutôt affaissé. On note du clapotement cœcal et l'on voit se produire de temps en temps, à cet endroit, des ondes péristaltiques. L'estomac semble grand, clapote assez facilement, mais ne dépasse pas l'ombilic. Pas de péristaltisme à ce niveau. La pression sous le rebord costal gauche est douloureuse d'une façon inconstante. Foie normal; rien aux autres viscères, pas d'œdème

ni d'albumine, pas de température. Chimisme : acidité totale, 1, 7. Gunzbourg faible, pas d'acide lactique.

1^{re} opération par M. Jaboulay. — Laparotomie médiane. Vaste ulcère collé à la face inférieure du foie et adhérent à la paroi abdominale, libération des adhérences gastro-pariétales (10 janvier 1902).

Le malade, amélioré transitoirement, revient quatre mois après ; il ne vomit d'ailleurs plus depuis plusieurs mois ; il n'a pas eu d'hématémèse, mais il souffre atrocement, surtout au niveau de son ancien point douloureux, sous le rebord costal gauche. L'estomac ne dépasse toujours pas l'ombilic ; on ne sent pas de tumeur ni de ganglions. Chimisme : ni acide chlorhydrique libre, ni acide lactique.

2^e intervention par M. Jaboulay, le 6 mai, le diagnostic étant : ulcère ancien cicatrisé, sans sténose pylorique vraie, douleurs tenant à de la périgastrite. — On décide de tenter la libération complète des adhérences. L'ulcère siège sur la petite courbure et la face postérieure de l'estomac près du pylore dont le calibre paraît normal. Après libération de quelques adhérences lâches et récentes à la paroi, on attaque les adhérences gastro-hépatiques, mais on en reconnaît bien vite l'ablation complète impossible. On termine par une gastro-entérostomie postérieure,

Guérison. — Expulsion du bouton au treizième jour. Depuis ce jour jusqu'à sa sortie de l'hôpital le malade n'a, à peu près, plus souffert.

III. — Dilatation et ptose.

Le traitement chirurgical des dilatations simples de l'estomac, par atonie ou ptose, est une des questions les plus obscures et les plus controversées. Nous trouvons ici beaucoup plus d'opinions émises que d'opérations pratiquées, et il paraît bien difficile d'en dégager des conclusions.

D'abord, en ce qui concerne le classement des observations, un grand nombre publiées sous cette rubrique, sont imprécises, visent des sténoses pyloriques ou bien des dyspepsies où le symptôme dilatation passe au deuxième plan, et nous savons combien sont rares les dilatations primitives vraies de l'estomac, fréquentes les atonies; une statistique est impossible à dresser, elle serait par trop hétéroclite et artificielle.

D'autre part, à la gastro-entérostomie proposée, en 1892, par Baudoin et exécutée, l'année suivante, par Jeannel, s'oppose soit la gastroplication de Bierchor, plus vieille d'un an, soit la gastropexie de Duret de Lille, plus jeune de trois années. Ces opérations sont souvent associées entre elles, soit systématiquement dans une intervention complexe, soit successivement dans les opérations itératives que nécessitent souvent les récidives. Il devient alors très difficile de faire le départ entre leurs résultats individuels.

Enfin, les résultats, parfois excellents, sont bien loin d'être constants et le bénéfice de l'intervention, très rationnel en soi, est toujours aléatoire, souvent partiel et temporaire.

Pour ce qui est de la gastro-entérostomie, n'avons-nous pas vu que, des fonctions gastriques, c'est la motilité qui paraît le moins influencée par elle et revient le plus lentement; et, par exemple, les estomacs forcés par une sténose un peu ancienne, telle qu'une cicatrice d'ulcus, continuent à clapoter et présentent de la stase à jeun pendant longtemps, malgré le nouveau pylore mis à leur disposition.

Disons, toutefois, que la majorité des auteurs — et tel est l'avis de notre maître, le professeur Jaboulay — tendent à préférer, néanmoins, la gastro-entérostomie, isolée ou associée, aux opérations adverses, dans le cas où une intervention serait jugée nécessaire.

Après la proposition de Baudoin (1892) et la tentative malheureuse de Jeannel en 1893, cette intervention a été pratiquée, la même année, à nouveau, par V. Kleeff. Puis la question vint, en 1894, à la Société de Médecine de Berlin, soulevée par Meinelcke et Ewald. Ferrari la reprend au 11^e Congrès italien de Chirurgie, en 1897, où il apporte un cas favorable à la gastro-entérostomie (1) ; de Paoli et quelques-uns de ses collègues inclinent, au contraire, au plissement de l'estomac.

Kehr et Jonnesco, en 1899, pratiquent des opérations complexes. Kehr, sur une femme de 20 ans, fait, avec succès, d'ailleurs, quatre interventions successives : gastro-entérostomie de V. Hacker, entéro-anastomose de Braun, gastro-entérostomie de Volfler, seconde entéro-anastomose avec résection intestinale. Jonnesco, la même année, au Congrès de Chirurgie, insiste sur la nécessité d'associer entre elles et dans un même temps, anastomose, plication et pexie, et cite une observation de guérison par ce procédé (2).

(1) Petite tumeur vers la petite courbure et le cardia, plissant l'estomac par son poids ; elle disparut après l'opération.

(2) V. page 11, 1 obs. Jonnesco.

Hartmann présente, la même année, à la Société de Chirurgie, un cas de dislocation verticale guéri par la combinaison de la gastrorrhaphie à la gastropexie dont il fait l'historique; il préconise ce procédé opératoire complexe.

Le plissement de l'estomac est défendu, l'année suivante, dans la thèse de Clerc qui apporte quelques cas de guérison à l'appui de cette opération. Il cite les deux cas de Roux et de Weir où une gastro-entérostomie nécessita une réintervention, libération d'adhérences dans le premier cas, plication secondaire dans l'autre.

Mais, de nouveau, la gastro-entérostomie reprend, depuis, du terrain, en 1900 et 1901. Kelling la préfère aux deux autres interventions, mais conseille de la faire en Y, de crainte d'avoir du *circulus vitiosus* du fait de l'atonie stomacale. Cardarelli lui est reconnaissant de quatre succès. Enfin, Vautrin et Terrier (1) la préconisent au Congrès de Chirurgie de 1901, où ils apportent trois observations nouvelles. Boas se prononce dans le même sens.

On voit que la question est encore pendante.

N.-B.— Nous ne ferons que citer, en finissant, quelques applications exceptionnelles de la gastro-entérostomie. Kehr, cité par Boas (2), serait intervenu, avec succès d'ailleurs, dans l'un de ces cas rares

(1) V. page 11, 2 obs. Terrier.

(2) Boas *Loc. cit.*, 1901.

et souvent mortels, publiés depuis quelque temps, surtout en Allemagne et en Angleterre, sous le nom de dilatation aiguë de l'estomac, à la suite d'interventions abdominales. Ewald (1) a proposé la gastéro-entérostomie pour les vomissements incoercibles des hystériques ; et Tuffier (2) aurait guéri par elle des borborygmes douloureux et rebelles chez une jeune fille.

(1) EWALD. — *Wiener med. Woch.* 1898, n° 43, page 2039.

(2) TUFFIER. — *Soc. de Chir.* 1898.

Index bibliographique

I. — *Estomac biloculaire.*

- S. CATELLANI. — *Riforma medica*, 1899. Stomaco a clessidra esua cura chirurgica.
VON EISELSBERG. — 28^e congrès allemand de Chir., 1899.
FRADA. — Stomaco a clessidra. *Riforma medica*, 1901-3.
GUILLEMOT. — Th. Paris, 1898-99)).
MOYNIHAM. — Estomac biloculaire et son traitement chirurgical, *Lancet*, 1901.
A. MOYNIHAM. — (*Loc. cit.*).
WEIR et FOOTE. — *Medical News*, 1896.

II. — *Adhérences*

- V. EISELSBERG. — *Loc. cit.*

III. — *Dilatation et ptose.*

- BAUDOIN. — *Progrès médical*, 1892.
BOAS. — *Loc. cit.*
CARDARELLI. — Traitement chirurgical des grandes dilatations. *Rivista critica di clin. med. (Riforma med.*, janv. 1900).
CLERC. — De la gastroplication (Th. Paris, 1899-1900).
FERRARI. — La gastro-entérostomie dans le traitement de l'ectasie et de la ptose gastrique, 11^e congr. italien de chir. et *Rev. de chir.*, 1897.
JEANNEL. — *Arch. prov. de chir.*, 1893.
JONESCO. — Congrès de chir., 1899.

KEHR. — *Munch med. Woch.*, 1899.

KELLING. — *Loc. cit.*

V. KLEEF. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1893, n° 44, p. 1050.

MEINECHE, EWALD. — *Soc. de med. int. Berlin*, 1894.

SOUPAULT. — *Loc. cit.*

TERRIER. — *Ibid.*

VAUTRIN. — Congrès de chir., Paris, 1901.

CONCLUSIONS

La gastro-entérostomie, grâce aux progrès constants de sa technique, est devenue une des interventions les plus bénignes et les plus répandues de la chirurgie gastrique. Sa mortalité opératoire, sans cesse décroissante, peut être, à l'heure actuelle, entre des mains exercées et hors les cancers, abaissée au voisinage de 3 0/0. La péritonite, les diarrhées profuses, le *circulus vitiosus*, jadis accidents fréquents, sont aujourd'hui exceptionnels.

Le fonctionnement ultérieur du tube digestif, objet d'un grand nombre de travaux, se fait assez normale-

ment; le pylore néoformé est déclive et docile, mais non incontinent.

Par contre, les résultats très lointains, moins connus, comprennent un certain nombre de points litigieux : fréquence et processus des guérisons définitives des ulcères; durée de la perméabilité et du fonctionnement ultérieur du néopylore, ulcères peptiques du jéjunum.

C'est incontestablement dans les sténoses anatomiques du pylore, de quelque nature qu'elles soient (ulcéreuse, cancéreuse ou autre), que la gastro-entérostomie trouve ses indications majeures, les plus nombreuses et les plus indiscutées tout à la fois. Elle entre alors en parallèle avec la pyloroplastie ou les résections, suivant les cas. Nous n'insistons pas. Mais, en dehors des sténoses anatomiques, il convient d'envisager la gastro-entérostomie :

1^o *Dans les dyspepsies.* — Les hyposthénies gastriques (atonie, gastrite chronique anachlorhydrique, dyspepsie nerveuse) sont, en général, peu ou pas modifiées, parfois aggravées par l'intervention. Il convient donc d'être ici très réservé. Ces cas paraissent, quelle que soit leur résistance thérapeutique, devoir rester toujours médicaux, et ce serait faire retomber un grand discrédit sur la gastro-entérostomie, que d'en faire la panacée des dyspepsies rebelles.

Dans les hypersthénies gastriques, au contraire (hyperchlorhydrie simple ou hypersécrétion de Reichmann), les cas rebelles au traitement médical

méthodiquement employé, et s'accompagnant de douleurs intenses et de pylorisme, relèvent de la gastro-entérostomie, moins aléatoire que la simple divulsion du pylore, et qui a nombre de succès à son actif.

2^o *Dans les accidents d'hémorrhagie et de perforation.*—Les hémorrhagies aiguës, qui par leur abondance et l'échec du traitement médical immédiatement employé, appellent une intervention que permet d'autre part l'état des malades, relèvent de l'hémostase locale, quels qu'en soient les dangers. La gastro-entérostomie nous apparaît ici comme un leurre, et les rares exceptions publiées sont plus vraisemblablement des cas d'arrêt spontané de l'hémorrhagie. Au contraire, cette intervention se montre, avec une grande constance, d'une efficacité réelle contre la répétition des hémorrhagies chroniques de l'ulcère en évolution,

Dans les perforations gastriques, la gastro-entérostomie peut être présentée comme une opération d'obturation locale, abouchant la perforation dans une anse intestinale (perforations basses); plus souvent, comme une opération complémentaire de drainage à distance, assurant l'étanchéité d'une suture (perforations hautes).

3^o *Dans les lésions gastriques non sténosantes, en activité.*— L'ulcère de l'estomac en évolution est constamment amélioré et paraît souvent guéri par la gastro-entérostomie. Cette opération doit toujours être préférée à la jéjunostomie et, le plus souvent, à

l'excision, plus grave, souvent impossible et peut être moins efficace ; elle constitue le traitement chirurgical de l'ulcère. On ne devra jamais la proposer, sans échec préalable et dûment prouvé du traitement médical. Mais il ne faudra pas davantage en priver les malades qui, malgré ce traitement, continuent à souffrir violemment, à s'affaiblir par des hématoméses répétées, à se voir assujettis par l'intolérance gastrique à l'alimentation rectale et à se cachectiser lentement.

Le cancer gastrique n'est pas moins favorablement influencé par la mise au repos ; mais les survies obtenues ne nous paraissent pas suffisantes ici pour légitimer la décision d'une gastro-entérostomie systématique, devant la sténose, à moins d'indications spéciales, telles que la douleur, par exemple ; cette intervention devient, au contraire, au cours des extirpations de néoplasmes, soit un premier temps opératoire, soit un pis-aller très recommandable, lorsque cette extirpation est reconnue impossible.

4^o *Dans les lésions mécaniques extrapyloriques.*
— Dans l'estomac biloculaire, la gastroplastie et la gastro-anastomose, procédés de choix, doivent, dans la moitié des cas, du fait de l'une des conditions anatomiques précitées, céder le pas à la gastro-entérostomie.

Cette intervention est, par contre, beaucoup plus rarement indiquée dans les adhérences gastriques, récidivantes ou étendues, non justiciables de la libération et de l'excision.

Elle se met en parallèle avec la gastropexie et la gastroplicature, dans la cure chirurgicale, généralement peu séduisante, des dilatations simples et dislocations de l'estomac.

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 juin 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
HISTORIQUE	41
INTRODUCTION	45
La gastro-entérostomie dans les :	
A. — DYSPEPSIES :	
Hyposthénies	27
Hypersthénies, <i>maladie de Reichmann</i> ,	32
B. — ACCIDENTS D'HÉMORRHAGIES. — Aiguës. 50	
» » <i>chroniques</i> ,	54
» perforations » 	61
C. — LÉSIONS GASTRIQUES EN ACTIVITÉ, non sténosantes.	
<i>Ulcères</i>	67
Cancers	93
D. — LÉSIONS MÉCANIQUES : extrapyloriques.	
Estomac biloculaire	105
Adhérences	117
Dilatation	122

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES : (1)

»	»		24
»	»		45
»	»		66
»	»		102
CONCLUSIONS			129

(1) Ne sont compris dans ces index que les articles traitant de la gastro-entérostomie. Les observations isolées, dont l'indication est contenue dans le texte, n'y sont pas non plus rappelées.



ADDENDA

1^o Page 107, ligne 26, ajoutez :

Il convient de mentionner un second cas de récurrence survenue ultérieurement chez la malade de la thèse de Perret (p. 67). Cette femme, opérée par M. le professeur Jaboulay, le 17 juillet 1895, par un Heinecke-Mikulicz, dut être réopérée par lui 2 ou 3 ans après et guérit définitivement après une gastro-entérostomie.

2^o Page 126, après la ligne 6, intercaler l'alinéa suivant :

M. le professeur Jaboulay a d'ailleurs publié, en 1899 (1), l'observation de deux hystériques traitées pour des vomissements nerveux graves par la gastro-entérostomie. Au cours de la première intervention, il put saisir sur le vif et observer de visu l'antipéristaltisme stomacal indépendant de toute lésion anatomique du pylore. La deuxième intervention fut pratiquée pour des symptômes de fistule gastrocolique; le malade vomissait rapidement les lavements administrés. L'opération démontra l'absence de la fistule présumée, et la nature purement hystérique des accidents, qui furent rattachés à un antipéristaltisme exagéré, étendu à tout le tractus digestif. Les deux malades guérirent.

(1) JABOULAY. — Interventions pour maladies du pylore. *Lyon méd.*, 1899, t. I.

